



# Población Privada de Libertad

Unidades del Servicio  
Penitenciario Federal

---

Estudio Nacional sobre condiciones de  
salud, consumo de sustancias psico-  
activas y demanda de tratamiento

---

Argentina 2012

PUBLICADO FEBRERO 2016



Secretaría de Programación para la  
Prevención de la Drogadicción y la  
Lucha contra el Narcotráfico

**Presidencia de la Nación**



**OBSERVATORIO**  
ARGENTINO DE DROGAS

**Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico  
(SEDRONAR)**

**Secretario de Estado**

Mg. Roberto Moro

**Dirección del Observatorio Argentino de Drogas**

Dra. María Verónica Brasesco

**Coordinadora Área de Epidemiología**

Dra. Ernestina Rosendo

**Equipo de Investigación**

Lic. Liliana Barberis

Lic. Nora Cadenas

*Nuestro agradecimiento a las distintas autoridades del Servicio Penitenciario Federal por la colaboración brindada para la realización del estudio y muy especialmente a las personas privadas de libertad que respondieron la encuesta y nos han permitido conocer con mayor profundidad la problemática abordada en la investigación.*



Secretaría de Programación para la  
Prevención de la Drogadicción y la  
Lucha contra el Narcotráfico  
**Presidencia de la Nación**

**Estudio Nacional sobre condiciones de  
salud, consumo de sustancias psicoactivas  
y demanda de tratamiento en Población  
Privada de libertad en Unidades del  
Servicio Penitenciario Federal.  
Argentina 2012.**

---

Febrero 2016

# Indice

<b>Resumen Ejecutivo</b> .....	6
<b>Capítulo 1: Introducción, Objetivos y Metodología</b> .....	13
1.1. Introducción y Antecedentes.....	13
1.2. Acerca de la relación Droga-Delito.....	14
1.3. Objetivos.....	16
1.4. Metodología.....	17
<b>Capítulo 2: Caracterización de la población privada de libertad</b> .....	19
2.1. Caracterización sociodemográfica.....	19
2.2. Caracterización jurídico-legal.....	24
2.3. Trayectoria institucional.....	30
2.4. Participación en actividades educativas, laborales y recreativas dentro del recinto penitenciario.....	31
<b>Capítulo 3: Magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en población privada de libertad en el Servicio Penitenciario Federal</b> .....	33
3.1. Consumo de sustancias psicoactivas.....	33
3.2. Edad de inicio.....	40
3.3 Frecuencia de consumo de alcohol y drogas.....	43
3.4. Intensidad de consumo y dependencia de drogas.....	43
3.5. Antecedentes y factores de riesgo asociados al consumo.....	46
<b>Capítulo 4. Demanda de tratamiento</b> .....	50
4.1. Consumo y demanda de tratamiento antes de ingresar a las unidades penitenciarias.....	50
4.2. Tratamientos por consumo perjudicial de alcohol y drogas recibidos en la unidad penitenciaria.....	55

<b>Capítulo 5: Relación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos</b> .....	61
5.1. Estimaciones sobre la vinculación Droga-Delito.....	62
5.2. Vinculaciones de los delitos atribuibles al consumo de drogas.....	65
5.2.a. Vinculación psicofarmacológica.....	65
5.2.b. Vinculación económica.....	69
5.2.c. Vinculación sistémica.....	70
5.2.d. Vinculación legal.....	72
5.3. Una mirada en conjunto de los vínculos Droga - Delito.....	73
<b>Capítulo 6: Funcionamiento y modalidad de tratamiento de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (CRD)</b> .....	77
6.1. Introducción y Antecedentes.....	77
6.2. Modalidad institucional de funcionamiento.....	79
6.3. Modelo de abordaje terapéutico.....	86
6.4. Necesidades de los CRD y Conclusiones finales.....	92
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	95

# Resumen Ejecutivo

El presente Estudio Nacional integra el Programa Droga-Delito en el cual se ha llevado a cabo una serie de estudios cuantitativos y cualitativos desde el año 2004 que intentan estimar la magnitud de la vinculación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos y también el sentido de esa vinculación. El actual estudio fue realizado durante el año 2012 y publicado en el 2016.

Entendemos que los fenómenos del “consumo de droga” y “comisión de delitos”, son complejos y si bien ambos tienen comportamientos particulares, también es posible vincularlos. Observamos una fuerte asociación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos. De todas formas, esta asociación no implica que uno sea la causa del otro y se considera que ambos están ligados a problemas y cambios sociales, culturales y económicos ocurridos en el país en las últimas décadas, los cuales han transformado la estructura social y cultural.

Lo que puede sostenerse es que existen trayectorias sociales de los individuos que han delinquido –al menos en una parte de ellos–, en las que el inicio en el delito ocurre en momentos similares al inicio en el consumo de drogas. Ambos fenómenos tienen como antesala la pérdida de los lazos familiares, la ruptura con los espacios escolares y la marginalidad en general. La asociación se presenta, pero no en todos los casos, y esta asociación no implica determinación en todos ellos.

El presente estudio tiene como objetivo principal estimar la magnitud de la asociación entre el consumo de alcohol y drogas y la comisión de delitos y diferenciar estas vinculaciones según sean de tipo psicofarmacológico, económico, sistémico o legal, de acuerdo a las conceptualizaciones de uso internacional. La metodología empleada (encuesta estructurada sobre una muestra probabilística) reúne las mejores experiencias de otros países de América y del nuestro y sus ejes principales fueron fijados en una reunión de expertos internacionales bajo la coordinación del Observatorio Interamericano de Drogas (CICAD-OEA).

El estudio se llevó a cabo en la población mayor de 18 años privada de libertad, alojada en los recintos penitenciarios del Servicio Penitenciario Federal. Tanto la metodología de trabajo de campo como el cuestionario requirieron ser probados exhaustivamente antes de la puesta en marcha del trabajo de campo en las diferentes unidades penitenciarias.

Con los lineamientos metodológicos de la Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR, la Universidad Nacional de Rosario realizó la implementación de todas las etapas del trabajo de campo: la prueba piloto, capacitación a encuestadores y supervisores, contacto con los establecimientos penitenciarios para la realización de las entrevistas y la administración de los cuestionarios y la digitalización de la base de datos.

Se entrevistaron en total 453 personas, que representan a 8771 personas privadas de libertad de todo el país, mayores de 18 años, de ambos sexos, bajo la situación jurídica de condenados y procesados y alojados en unidades penitenciarias de máxima seguridad del Servicio Penitenciario Federal de Argentina.

## ■ Caracterización de la población bajo estudio

- ◆ El 89% de las personas entrevistadas son varones<sup>1</sup>. Un 41,8% pertenecen al grupo de 25 a 34 años de edad. El 78,5% son de nacionalidad argentina, con mayor número de varones; la proporción de mujeres se incrementa cuando la nacionalidad es peruana, paraguaya y boliviana. El 41% de la población privada de libertad declara haber cursado, sin completar, la escolaridad secundaria; el 31% cursó el nivel primario. Muestra niveles educativos más bajos entre quienes tienen 18 a 24 años.
- ◆ Al indagar sobre la situación laboral de los entrevistados -previa a la privación de la libertad- se observa que el 86,3% eran personas económicamente activas, de las cuales el 54,5% desarrollaba su actividad laboral en calidad de empleado y el 44,5% como cuentapropista. El 25,5% con calificación operativa y el 22,5% sin ella.
- ◆ El 53,4% de los internos (correspondiente a 4681 personas) se encuentra en situación jurídica de procesados y el 46,6% (4090 internos) corresponde a población condenada.
- ◆ Teniendo en cuenta la tipología de los delitos definida para el estudio, el 43,6% integra la clasificación de “delitos contra la propiedad”, seguido de “delitos Ley 23.737”<sup>2</sup> en un 31,4%. El 71% de los encuestados cometió el primer delito antes de los 30 años y el 44,1% corresponde a la franja de 15 a 20 años.
- ◆ Un 25,7% de la población encuestada responde haber estado alojada en Establecimientos y/o Programas, antes de los 18 años, sin discriminar si las causas fueron asistenciales o por infracción a la ley penal. Son los varones quienes presentan un valor más alto de institucionalización con un 27,1%; en las mujeres el valor alcanza el 14,7%. Más del 78% permaneció en estos dispositivos 3 años como mínimo.
- ◆ Sobre la participación en distintas actividades dentro del recinto penitenciario, el 78,7% de los entrevistados participa de los programas educativos que se ofrecen dentro del recinto penitenciario, mientras que el 20,6% no lo hace a pesar de que existe la oferta. El 75,4% de los entrevistados participa en programas de capacitación laboral y casi el 79% lo hace en actividades recreativas o deportivas.
- ◆ Se consultó a los internos sobre su participación en talleres / cursos sobre los riesgos del consumo de drogas, dentro del recinto penitenciario. Casi un cuarto responde que no existe oferta en las unidades, lo que imposibilita su participación. En aquellas unidades donde hay oferta de talleres y/o cursos, solo asiste el 13%.

1 - El alto porcentaje de varones encuestados se debe a que es la población mayoritaria en los recintos penitenciarios nacionales.

2 - Los delitos encuadrados en dicha ley son: tenencia, producción, venta/comercialización, lavado de dinero proveniente de drogas y mercado ilícito de precursores químicos.

## ■ Consumo de sustancias psicoactivas

En el estudio se informa sobre la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas, “alguna vez en la vida”, en población privada de libertad; asimismo se comparan los valores obtenidos con consumo en población general<sup>3</sup>. También se indagó sobre factores de riesgo y protección ligados al consumo de drogas y alcohol:

- ◆ En referencia a la prevalencia de vida del consumo de sustancias legales, el 83,2% consumió tabaco y el 90,4%, alcohol. El 68,5% de los entrevistados consumió alguna droga ilícita alguna vez en la vida (en población general: 10,7%). El 51,9% de la población privada de libertad consumió cocaína (en población general: 3,1%) y el 64% marihuana (en población general: 9,2%). En casi todos los casos de las drogas listadas en el informe, son los varones la población de mayor consumo.
- ◆ En los entrevistados que estuvieron alojados en Establecimientos y/o Programas durante su niñez o adolescencia, se observan valores altos de consumo de alcohol -54,5%- y de drogas -75,5%- al momento de ingresar a estas instituciones.
- ◆ La edad de inicio en el consumo de sustancias es sustancialmente inferior que en el promedio nacional. Entre el 40% y el 50% de los internos que consumieron marihuana y sustancias inhalables iniciaron estos consumos a los 14 años mientras que en población general los porcentajes disminuyen al 8% y 23%. La precocidad en el inicio del consumo de cocaína en población privada de libertad es del 20% y en población general, 5,9%.
- ◆ En relación a la intensidad de consumo y dependencia de drogas, se observa que el 59,4 de los varones presenta un consumo de alcohol perjudicial, el 38,2% muestra indicadores de dependencia hacia el consumo de marihuana y el 70,1% al consumo de cocaína.
- ◆ La mayoría de los entrevistados presenta una percepción de gran daño frente al consumo frecuente de todas las sustancias. De todas maneras y al igual que en población general, el 43% de la población privada de la libertad considera que el uso ocasional de marihuana no produce ningún daño.

## ■ Demanda de Tratamiento

- ◆ Sobre el total de personas que consumieron alcohol o drogas alguna vez en su vida, que representan el 68,5% y el 90,4% respectivamente, la intencionalidad de su abandono ocurrió en más de la mitad de los primeros y en casi un tercio de los segundos. Estos datos refieren al periodo de tiempo anterior al ingreso a las unidades penitenciarias, con lo cual nos indica que no solamente ingresaron personas con alto consumo de alcohol y drogas ilícitas, sino también con antecedentes en la búsqueda de tratamiento e incluso, de haber recibido tratamiento.

3 - Estos datos fueron obtenidos del “Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Argentina, 2010”, realizado por el OAD.



- ◆ En relación al total de usuarios de drogas, el 23,5% recibió algún tratamiento para suspender el uso de drogas ilícitas (que son el 41,6% del total de quienes tuvieron intención de dejar el consumo). En tanto que, del total de usuarios de alcohol, el 8,4% estuvo en tratamiento antes de ingresar a las unidades penitenciarias (que representan el 28,1% del total de quienes tuvieron intención de dejar el consumo).
- ◆ El 25,7% de los internos responden que estuvieron alojados o privados de libertad en algún Establecimiento y/o Programa del ámbito gubernamental o no gubernamental antes de los 18 años, -2257 personas-. Al momento del ingreso el 75,5% y el 54,5% consumía drogas y alcohol respectivamente, con lo cual de manera conjunta, el 83,7% tenía algún consumo de alcohol o drogas, -1888 personas-. El 34% de estos usuarios recibieron algún tipo de tratamiento en las instituciones donde estaban alojados para dejar dicho consumo, y la evaluación que hacen del mismo es de poca o nula utilidad en la mitad de los casos.
- ◆ Casi el 23% de los entrevistados (1879 personas representadas) que consumieron drogas y/o alcohol alguna vez en la vida, recibieron tratamiento durante la privación de libertad, lo que indica la existencia de oferta de dispositivos de atención específicos sobre adicciones en algunas unidades penitenciarias o la oferta de atención profesional para consumidores con intención de dejar el consumo.
- ◆ La modalidad de tratamiento que estos pacientes privados de libertad recibieron y que no son excluyentes, son en mayor medida de asistencia de psicoterapia (individual y grupal) -84,3%-, en grupos de autoayuda (profesionales y/o no profesionales) -56%- y bajo la modalidad de comunidad terapéutica -48,2%-. Lo evalúan positivamente casi el 80% de los internos.
- ◆ Las principales sustancias de consumo por las que los internos reciben tratamiento, son cocaína -18,6%-, marihuana -16%- y pasta base, casi 15%. Pudieron mencionarse más de una sustancia por persona.

## ■ Relación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos

El objetivo principal del estudio es conocer la magnitud de la vinculación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos y qué fracción o porcentaje de los delitos cometidos están directamente vinculados al consumo y/o tráfico de drogas. De acuerdo con los lineamientos teóricos utilizados en el estudio, se consideran cuatro tipos de vinculaciones: psicofarmacológica, económica-compulsiva, sistémica y legal.

Los porcentajes de delitos cometidos por la población privada de libertad que tuvieron asociación con drogas, según el tipo de vinculación son los siguientes:

- » *Vinculación Psicofarmacológica* (comisión de delitos bajos los efectos del consumo de alcohol o drogas, sin cuyo consumo el delito no se hubiese producido): 15,4%
- » *Vinculación Económica* (delitos cometidos para tener dinero o medios para comprar drogas): 11,9%

- » *Vinculación Sistémica* (delitos vinculados al mercadeo de las drogas, tales como peleas territoriales, secuestros, amenazas, muertes, etc.): 11,4%
- » *Vinculación Legal* (delitos que infringen las leyes de drogas 23.737 y 25.246): 32,7%

El porcentaje de la *Fracción total atribuible*, que corresponde al porcentaje total de delitos que tienen vinculación con el consumo, tráfico y delitos conexos a drogas, es el 47,7%.

- ◆ Las sustancias presentes en el 15,4% de delitos cometidos bajo el efecto del consumo de sustancias psicoactivas son alcohol (28,1%), tranquilizantes (23,7%), cocaína (16,1%) y pasta base (15,5%). Casi el 33% de los encuestados declaró que durante la comisión del delito se encontraba bajo el efecto combinado de alcohol y drogas y el 54,6% bajo el consumo exclusivo de drogas. En su mayoría fueron delitos contra la propiedad (60,5%) y, en segundo lugar, delitos por infracción a la Ley 23.737 (20,5%). Casi el 61% de las personas involucradas tiene entre 25 a 34 años.
- ◆ El 11,9% de los delitos que se cometieron para tener medios o dinero para comprar drogas fueron cometidos en un 52,5% por jóvenes entre 25 a 34 años. Los delitos fueron cometidos en un 15,4% por infracción a la Ley de Estupefacientes y en un 14,1%, contra la propiedad.
- ◆ El 11,4% de los delitos que se realizaron en el marco de la venta, comercialización y disputas por territorios de venta de drogas, casi el 73% fueron realizados por personas entre 25 y 49 años. De los delitos cometidos bajo esta vinculación, el porcentaje mayor es de los delitos enmarcados en la Ley de Estupefacientes (74%).
- ◆ Del 32,7% de los delitos relacionados por la problemática de drogas, el 70,3% fueron cometidos por la población entre 25 a 49 años. En este tipo de delitos, los valores más altos se encuentran en el tráfico (53,9%), tenencia (53,7%) y en la comercialización de sustancias psicoactivas (45,5%).
- ◆ Realizando una mirada en conjunto sobre las vinculaciones descritas y los delitos cometidos, se observa que:
  - La mayor presencia de jóvenes de 18 a 24 años se encuentra en los delitos cometidos bajo los efectos del consumo de alcohol y/o drogas, en los cuales no hay presencia de personas mayores de 50 años.
  - La vinculación psicofarmacológica es mayor entre los jóvenes de 25 a 34 años.
  - La franja etaria de mayores de 35 años tiene mas presencia en delitos con vinculación sistémica y legal.
  - En la comisión de delitos contra la propiedad se observa una fuerte presencia de personas bajo los efectos del consumo y de aquellos que buscaban dinero para comprar sustancias psicoactivas.
  - El mayor grupo de personas que cometieron delitos contra la

libertad se encontraban bajo los efectos del consumo de sustancias psicoactivas.

- Es destacable el número de personas que cometieron delitos vinculados a la Ley de Estupefacientes con el objetivo de conseguir dinero para comprar drogas.

## ■ **Funcionamiento y modalidad de tratamiento de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (CRD)**

En el marco del estudio se consideró importante recabar información sobre los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (CRD) que funcionan en seis Unidades del Servicio Penitenciario Federal a fin de conocer la modalidad de tratamiento ofrecida en los centros, el estado de desarrollo y las necesidades para la atención de la población privada de libertad con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

## ■ **Algunas reflexiones finales**

La población que ha sido objeto de análisis en este estudio, sin duda reúne características muy particulares en relación al consumo de alcohol y drogas, tanto desde el punto de vista de la magnitud, como de los intentos reiterados de dejar el consumo y las experiencias repetidas en tratamientos, que si bien no podemos evaluar el tipo y calidad de los mismos, han sido reconocidos y valorados por las personas.

En este sentido, del total de personas que recibieron algún tratamiento en la unidad penitenciaria, el 11,5% había estado en tratamiento en algún dispositivo antes de los 18 años y el 30,6% había recibido un tratamiento antes de ingresar a la unidad. Y la evaluación que realizan aquellas personas que pasaron por experiencias de tratamiento, fue mejorando desde la adolescencia a la actualidad. En los establecimientos o programas penales o asistenciales en donde estuvieron alojados y en tratamiento, la evaluación positiva de éste alcanzó el 47,5%; en cuanto a la evaluación positiva del tratamiento recibido antes de ingresar a las unidades penitenciarias fue del 59% y de aquellos tratamientos recibidos en la unidad penitenciaria, fue del 80%.

El consumo de drogas, incluido alcohol y psicofármacos, y sobre todo tranquilizantes con y sin prescripción médica, adquieren relevancia cuando analizamos las vinculaciones entre la comisión de delitos y el consumo, principalmente en el tipo de vinculación psicofarmacológica que alcanza al 15,4% del total de personas estudiadas. En este particular sub universo, los antecedentes de institucionalización se encuentran en más de un tercio; por otra parte, la mitad de quienes habían consumido antes del ingreso alcohol o drogas, había recibido algún tipo de tratamiento para dejar el consumo de sustancias en esas instituciones. Con lo cual, el registro una vez más de estas mismas personas en instituciones carcelarias en la actualidad y de máxima seguridad, con similares problemas de consumo y con una asociación entre el consumo y el delito por el cual se encuentran procesados o condenados, es un indicador del fracaso de las intervencio-

nes anteriores, tanto en lo que respecta al tratamiento y prevención del consumo como a la resocialización ciudadana que le permita insertarse en la sociedad y vivir en ella, sin infracciones a la ley penal.

Continuando el análisis en este sub universo, de quienes cometieron delitos bajo los efectos del consumo de alcohol o drogas y sin cuyo consumo no se hubiesen cometido, el 41,9% estuvo alguna vez en tratamiento antes de ingresar a la unidad penitenciaria actual. Es decir, si esos tratamientos hubiesen sido efectivos en relación al objetivo de dejar el consumo en esta población, la cantidad de delitos cometidos bajo los efectos del consumo probablemente se hubiesen reducido.

Si consideramos al total de delitos vinculados a la problemática de drogas (consumo, infracciones a ley 23.737, delitos asociados al tráfico), el 20,3% de éstos fueron cometidos por personas que tuvieron antecedentes de institucionalización en su niñez o adolescencia y habían recibido tratamiento por consumo de alcohol o drogas uno de cada dos que tenían consumo en ese momento.

## Capítulo 1

# Introducción, Objetivos y Metodología

### 1.1. Introducción y Antecedentes

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), a través de la Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD), realizó durante el segundo semestre del año 2012 el **“Estudio Nacional sobre condiciones de salud, situación del consumo de sustancias psicoactivas y demanda de tratamiento en población privada de libertad en unidades del Sistema Penitenciario Federal”**. Este estudio se enmarca en el Programa Droga-Delito en el cual se han llevado a cabo una serie de estudios cuantitativos y cualitativos sobre esta problemática desde el año 2004<sup>4</sup>. Se inició el proceso de investigación con un estudio en detenidos recientes, a través de la metodología de la ventana epidemiológica, en las comisarias de las ciudades de Santa Fe y Santo Tomé de la provincia de Santa Fe. Se replicó el estudio en las comisarias de Rosario durante el año 2006.

Durante el año 2006, se avanzó con un abordaje cuantitativo que tuvo como objetivo general conocer el grado de vinculación entre el uso indebido de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos y el sentido de esta vinculación, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado, anónimo y voluntario a la población privada de libertad (condenada y procesada) que se encontraba en dos unidades penitenciarias bajo estudio: el Instituto Correccional Modelo Unidad 1 César Tabares, Coronda (Provincia de Santa Fe) y la Unidad 18 de Gorina (Provincia de Buenos Aires).

Hacia el año 2007 se diseña un estudio cualitativo como estrategia complementaria del estudio anterior, con el objetivo de ampliar el conocimiento y dar cuenta de las representaciones sociales y las construcciones de sentido que en toda su complejidad muestra la perspectiva de los sujetos. Asimismo permite captar la verdadera significación que la asociación entre diferentes fenómenos tiene para los sujetos, en sus discursos y en sus otras prácticas. Lo dicho tiene principal importancia si se tiene en cuenta la complejidad intrínseca de la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos. Las formas en la que influyen en esta relación las dinámicas grupales, la familia, las comunidades locales o las distintas agencias estatales, son múltiples y no pueden ser interpretadas sólo a partir de una pregunta; tampoco se observa una relación directa entre el consumo de drogas y la realización del hecho delictivo, según las respuestas dadas por los encuestados. Fenómenos como la “desresponsabilización”, que implica que el sujeto señale el uso de sustancias psicoactivas como causa de la comisión del delito, muestra la necesidad de complementar los estudios cuantitativos con una aproximación cualitativa para desentramar

4 - Los resultados de los estudios pueden encontrarse en [www.observatorio.gov.ar](http://www.observatorio.gov.ar)

las articulaciones de sentido que juegan en esta problemática. En consecuencia, la investigación cualitativa que se realizó fue una forma de enriquecer el significado de los datos de la encuesta anterior y consolidar un acervo de conocimiento de suma utilidad para la realización de la presente encuesta a nivel nacional.

Los estudios mencionados constituyen una antesala para el diseño y la implementación del Primer Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad mayor de 18 años, que fue llevado a cabo durante el primer semestre del 2009. El estudio tuvo como objetivo general obtener información sobre el consumo de sustancias psicoactivas y factores de riesgo asociados y estimar la magnitud y el sentido de la vinculación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos. Para tal fin, se aplicó un cuestionario a la población mayor de 18 años privada de libertad, en condición jurídica de procesada y condenada, alojada en los recintos penitenciarios provinciales de Argentina.

Durante el primer semestre del año 2011 se realizó el Estudio Nacional en Población de Adolescentes Judicializados con el propósito de estimar las asociaciones entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos en los jóvenes infractores o presuntos infractores a la ley penal, alojados en dispositivos penales<sup>5</sup> de régimen cerrado, semi-abierto y en programas no privativos de la libertad, de Argentina.

El presente Estudio Nacional también persigue el propósito general de estimar las asociaciones entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos y definir las necesidades de tratamiento de la población bajo estudio.

El abordaje sobre las necesidades de tratamiento en los casos de consumo de alcohol y drogas en la población privada de libertad tiene la intención de intervenir preventivamente cuando no han alcanzado consumos más críticos en su desarrollo y para la reducción del daño ocasionado por el consumo de drogas. Conocer la problemática permitirá definir medidas y acciones específicas que orienten la estructuración de servicios y programas para la atención y tratamiento específico.

En el marco de una reunión de expertos convocada por el Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la CICAD a fines del 2007, en la cual participó el OAD, se definieron criterios metodológicos comunes para abordar la problemática en esta población específica.

El estudio tuvo financiamiento de la SEDRONAR y el trabajo de campo fue realizado por la Universidad Nacional de Rosario, según las especificidades técnicas establecidas desde la Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas.

5 - "Utilizaremos el término dispositivo penal juvenil para referirnos a una modalidad particular de organización de las intervenciones del Estado como respuesta punitiva frente a la infracción o presunta infracción a la ley penal por parte de una persona menor de edad. La aplicación de una medida judicial implica la organización de elementos heterogéneos para la intervención -instituciones, saberes y discursos disciplinarios, elementos arquitectónicos, normativas administrativas y prácticas específicas, entre otros-. En este sentido, un establecimiento y un programa se consideran ambos dispositivos penales, aunque de distinto tipo, dado que si bien comparten un mismo fin, la organización y articulación de los elementos mencionados es diferente.

Si bien los establecimientos no poseen un estatus autónomo, ya que se trata de organizaciones que forman parte de estrategias programáticas más amplias, sostenemos que es importante diferenciar esta modalidad particular de organización (que implica para el adolescente o joven el traslado y alojamiento forzoso en un lugar designado por el juez), de la organización de intervenciones que, aunque conllevan restricción de la libertad, se desarrollan en la comunidad misma (programas de acompañamiento y/o supervisión en territorio)".

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA (SENAF) / UNICEF / UNIVERSIDAD DE TRES DE FEBRERO. Adolescentes en el Sistema Penal. Situación actual y propuestas para un proceso de transformación, 2008.

## ■ 1.2. Acerca de la relación Droga-Delito

Los estudios sobre el consumo de drogas en población privada de libertad persiguen el objetivo de estimar la asociación existente entre delito y droga en este grupo poblacional y conocer las demandas y necesidades de tratamiento que surgen en ella. La vinculación entre droga/delito se presenta como una necesidad a dilucidar considerando la frecuencia con que se vincula los delitos al consumo de drogas. Son fenómenos fuertemente asociados si bien no implica que uno sea la causa del otro y se considera que ambos están ligados a problemáticas sociales, culturales y económicas. De esta manera, si bien podemos identificar los conectores o el sentido de la vinculación entre el consumo y la comisión de delitos, sería erróneo plantear que todos los delitos se cometen para conseguir dinero para comprar drogas o por encontrarse bajo los efectos del consumo. En resumen, la asociación se presenta pero no en todos los casos y esta asociación no implica determinación para todos los casos.

En el presente estudio interesa estimar la magnitud de la vinculación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos y también el sentido de esa vinculación. La taxonomía que propone Paul Goldstein<sup>6</sup> clasifica formas de relacionar las drogas y los delitos, tales como: de **tipo económica**, cuando el delito se comete para conseguir recursos monetarios para comprar drogas; de **tipo psicofarmacológica**, cuando el delito se comete porque el sujeto se encuentra bajo los efectos agudos y directos de las drogas; de **tipo sistémico**, cuando el delito es asociado con el mercado de drogas ilícitas, peleas por territorialidad, confrontación entre bandas de narcotraficantes, entre otros. Además, se consideró incluir una categoría más en la taxonomía de Goldstein, la asociación de **tipo legal**, que tiene en cuenta aquellos delitos que implican por definición una infracción de la Ley de drogas del país.

Los resultados de los dos estudios exploratorios realizados por la DNOAD durante el 2009 y el 2011 dan cuenta del alto porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas entre la población privada de libertad mayor de 18 años y en la población de adolescentes judicializados.

**El Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad, Argentina 2009**, se llevó a cabo en la población mayor de 18 años privada de libertad en los recintos penitenciarios provinciales del país, de ambos sexos, en condición jurídica de condenada y procesada.

Los resultados en relación al consumo en esta población comparados con las prevalencias en la población general, indican una distancia considerable: la prevalencia de vida de marihuana entre los privados de libertad fue del 55,5% versus el 16,5% de la población general, el consumo de cocaína fue del 48,6% versus el 8,2% y de alguna droga ilícita del 64,4% versus el 17,1% respectivamente según cada población.

Las estimaciones sobre la asociación Droga-Delito en población condenada alcanzó al 28,1% como estimación global. Específicamente, la vinculación psicofarmacológica fue del 20,6%, la económica del 10%, la sistémica del 0,4% y la vinculación legal del 4,7%.

En los delitos con vinculación psicofarmacológica, se observó que las sus-

6 - Para la conexión entre droga y delito ver especialmente Goldstein, P.J. "The drugs/violence nexos: a tripartite conceptual framework", Journal of Drug Issues, vol.15, 1985.



tancias que estuvieron presentes en la comisión del mismo y sin cuyo consumo no se hubiera cometido, son principalmente alcohol, en el 72,4% de los casos, cocaína -28,2%-, tranquilizantes utilizados sin prescripción médica -27,8%- y marihuana, -18,2%

El **Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población de adolescentes judicializados, Argentina 2011**, cuya población bajo estudio fueron los menores de 18 años, de ambos sexos y alojados en dispositivos penales juveniles, bajo la condición de haber cometido una infracción a la ley penal o ser presuntos infractores de la misma, constata, nuevamente el alto consumo de sustancias psicoactivas en esta población específica en relación a los adolescentes no judicializados.

Al comparar la prevalencia de año del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de nivel medio con el consumo en población de adolescentes judicializados nos muestra que el consumo de tabaco en adolescentes judicializados casi triplica el consumo en estudiantes (81,2% versus 26,4%), mientras que el consumo de marihuana y de alguna droga ilícita casi lo sextuplican: 58,4% y 10,3% (para marihuana) y 62,8% y 12,3% (para alguna droga ilícita) respectivamente. Diferente es el consumo de alcohol cuyas tasas muestran un consumo levemente más alto en la población de estudiantes.

Las estimaciones sobre la asociación Droga-Delito en población de adolescentes judicializados, arrojó un valor del 30,7% como estimación global, en tanto que los delitos o presuntos delitos, con vinculación psicofarmacológica se estimó en un 21,3%, los de vinculación económica un 13,8%, los de vinculación sistémica 1,3% y legal 3,5%.

Las sustancias presentes en el momento de cometer los delitos y sin cuyo consumo no se hubiese cometido (vinculación psicofarmacológica), son principalmente alcohol (33,3%) y, con porcentajes similares entre 16% y 17%, tranquilizantes, marihuana y pastillas.

### ■ 1.3. Objetivos

El estudio tiene como **objetivo general** estimar las asociaciones posibles entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos y definir las necesidades de tratamiento de la población privada de libertad en unidades del Sistema Penitenciario Federal.

Los **objetivos específicos** del estudio son:

- Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas.
- Estimar las asociaciones posibles entre el consumo y la comisión de delitos.
- Definir las necesidades y disposición hacia el tratamiento de la población privada de libertad con consumo problemático de sustancias psicoactivas.



## 1.4. Metodología

El **universo** de estudio está conformado por la población mayor de 18 años privada de libertad y alojada en las unidades penitenciarias de máxima seguridad del Servicio Penitenciario Federal de Argentina. Se seleccionaron 11 unidades en total, distribuidas en la provincia de Buenos Aires (7), en la provincia de Chaco (1), en la provincia de Salta (1), en la provincia de Chubut (1) y en la provincia de Neuquén (1).

Se diseñó una **muestra** probabilística, estratificada por sexo, con representatividad a nivel nacional, considerando un sobre-muestreo del 50%. A partir del marco muestral proporcionado por las autoridades del Servicio Penitenciario Federal, la muestra se distribuye según el siguiente cuadro:

Código	Unidad Penitenciaria	Provincia	Muestra	
			Varones	Mujeres
01	Complejo Penitenciario Federal I	Buenos Aires	86	
02	Complejo Penitenciario Federal II	Buenos Aires	82	
03	Complejo Penitenciario Federal IV Ex U3	Buenos Aires		40
04	Colonia Penal de Ezeiza U19	Buenos Aires	10	
05	Complejo Federal para Jóvenes Adultos U24 Complejo Federal para Jóvenes Adultos U24V	Buenos Aires	28	
06	Centro Federal de Detención de Mujeres U31	Buenos Aires		20
07	Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ex U2)	Buenos Aires	84	
08	Prisión Regional del Norte U7	Chaco	22	
09	Instituto de Seguridad y Resocialización U6	Chubut	25	
10	Prisión Regional del Sur U9	Neuquén	15	
11	Complejo Penitenciario Federal III. Centro Federal Penitenciario Noroeste Argentino	Salta	20	20
<b>Subtotal</b>			372	80
<b>Total</b>			452	

El **instrumento de recolección de datos** se aplicó en una entrevista directa, en un marco de confidencialidad y privacidad, con personal previamente capacitado y entrenado para este propósito. El cuestionario es respondido de manera voluntaria, garantizando el anonimato de las respuestas.

El cuestionario contiene 118 preguntas, organizadas según las siguientes dimensiones:

- ◆ Caracterización sociodemográfica de la población privada de libertad (sexo, escolaridad, composición familiar, situación laboral)

- ◆ Situación judicial (antecedentes de institucionalización y situación procesal / penal actual)
- ◆ Consumo personal de sustancias psicoactivas
- ◆ Percepción del consumo de drogas en el medio penitenciario y valoración del impacto en el ámbito personal
- ◆ Relación entre el consumo de drogas y la comisión del delito
- ◆ Consumo problemático y necesidades de tratamiento de la población encuestada

Se realiza una **prueba piloto** la tercera semana de octubre del 2012 para la validación del cuestionario y la metodología de campo y fue ejecutada por dos encuestadores previamente capacitados.

Los encuestadores fueron seleccionados cumpliendo requisitos de edad mínima de 25 años y experiencia previa en encuestas sociales y con poblaciones específicas. Durante la última semana de octubre se realizaron dos encuentros de **capacitación** a los encuestadores bajo la supervisión de la DNOAD en relación a los siguientes aspectos técnicos del estudio:

- Definición de los objetivos del estudio e importancia del mismo
- Caracterización de la población bajo estudio
- Caracterización de las diferentes unidades penitenciarias a relevar
- Instrumentos del trabajo de campo: revisión de cada pregunta del cuestionario y aplicación del Manual del Encuestador
- Responsabilidades del encuestador en relación a la población a encuestar

La ejecución del **trabajo de campo** comenzó el 30 de octubre y se extendió hasta el 13 de diciembre de 2012. Simultáneamente al trabajo de campo realizado por el equipo de encuestadores, se realizó la supervisión y seguimiento del mismo llevado a cabo por profesionales de la Universidad Nacional de Rosario y por una investigadora de la DNOAD.

La planificación del trabajo de campo, la capacitación a encuestadores, el contacto con los establecimientos penitenciarios para la realización de las entrevistas y la administración de los cuestionarios y la digitalización de la base de datos, estuvieron a cargo de la Universidad Nacional de Rosario. Efectuaron la grabación de la base de datos y trabajaron en el control de la consistencia de los datos y en la revisión de los diferentes flujos de información del cuestionario. Posteriormente, la Universidad entregó a la DNOAD la base de datos consistida para comenzar el procesamiento y el análisis de la información para elaborar el informe de resultados.

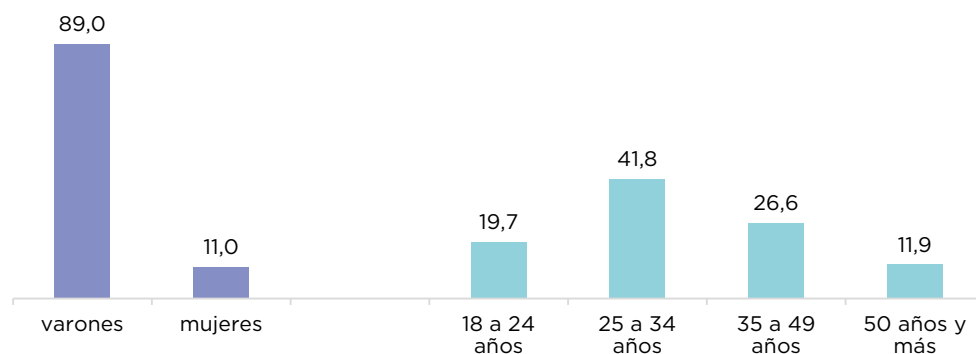
## Capítulo 2

# Caracterización de la población privada de libertad

### 2.1. Caracterización sociodemográfica

La primera inquietud del estudio es reconocer a las personas privadas de su libertad según sus datos primarios y el contexto en que habitan. Inicialmente se describen las características sociodemográficas de los entrevistados según sexo, grupos de edad, composición familiar en relación a la tenencia de hijos, el nivel de educación formal alcanzada y su situación ocupacional previa a la pérdida de libertad. Seguido a ello, se provee de información sobre los posibles antecedentes de institucionalización de los entrevistados antes de los 18 años y la situación judicial que están atravesando actualmente.

Gráfico 2.1. Composición de la población privada de libertad según sexo y grupo de edad. Argentina, 2012



El 89% de las personas entrevistadas son varones y un 41,8% pertenece al grupo etario de 25 a 34 años. El siguiente grupo que le sigue en importancia es el de 35 a 49 años. Es una población joven, casi dos tercios de la población privada de libertad está por debajo de los 34 años.

En cuanto a las medidas estadísticas de promedio y mediana en relación a la edad de la totalidad de la población privada de libertad, -condenados y procesados-, el promedio de edad de los entrevistados es de 34 años y el 50% de los mismos tiene hasta 31 años.

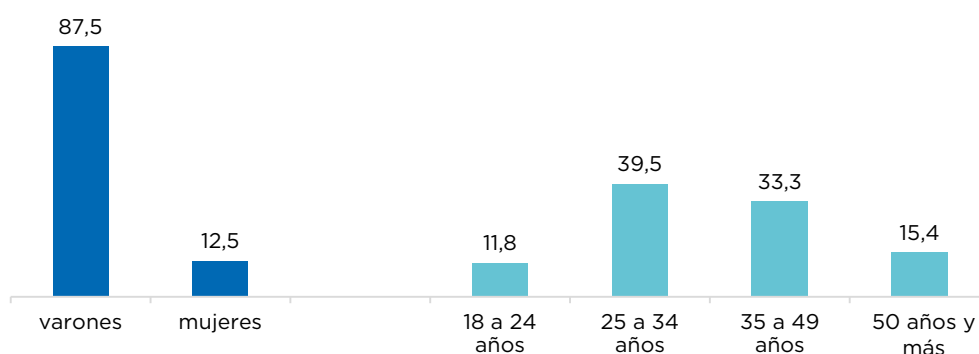
Cuadro 2.1. Nacionalidad de las personas privadas de libertad, según sexo. Argentina, 2012

Nacionalidad	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Argentina	81,1	57,1	78,5
América del Sur	15,4	27,6	16,8
Otros	3,4	15,3	4,7
Total	100	100	100

Un gran número de las personas entrevistadas son de nacionalidad argentina (78,5%). Esta proporción es menor entre las mujeres; sin embargo, se incrementa la proporción de entrevistadas nacidas en países limítrofes, principalmente de Perú, Paraguay y Bolivia.

### Tenencia de Hijos

Gráfico 2.2. Población privada de libertad con hijos según sexo y grupos de edad. Argentina, 2012



Para ampliar la información sobre la composición familiar de las personas entrevistadas, se les consultó si tenían hijos. El 73,8% tiene hijos, principalmente varones y la población comprendida entre los 25 a 34 años. El 81% dicen tener hasta 3 hijos menores de 17 años, como puede verse en el cuadro siguiente.

Cuadro 2.2. Cantidad de hijos menores de 17 años de la población privada de libertad según sexo. Argentina, 2012

Cantidad de hijos	Varones	Mujeres	Total
Uno	36,2	22,9	34,6
Dos	28,2	26,8	28
Tres	18	21,2	18,4
Cuatro	8,8	15,6	9,6

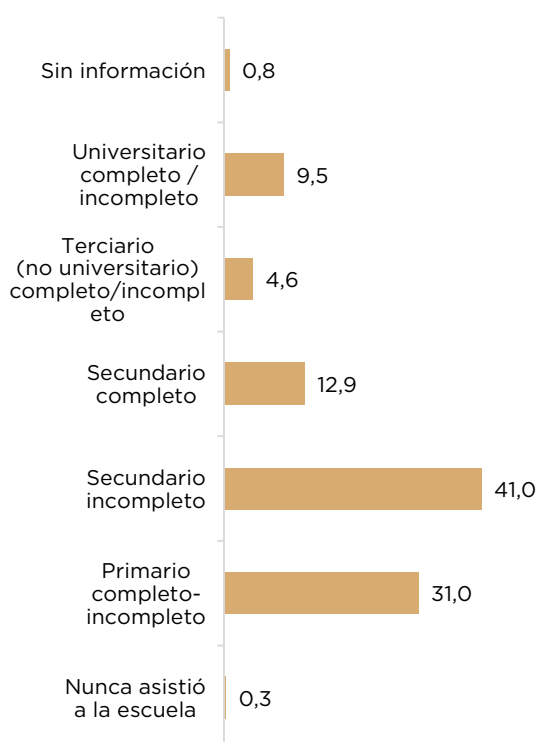
Cinco	4,9	7,2	5,2
Seis	2,1	1,3	2
Siete	1,1	1,3	1,2
Ocho	0,7	3,7	1,1
Total	100	100	100

El 6% de las mujeres que dijeron tener hijos responden que se encuentran alojados con ellas.

Más de la mitad de la población es soltera en tanto que casi el 40% está casado/a o unida de hecho. La proporción de personas solteras y casadas arroja valores similares para ambos sexos y es menor la proporción de mujeres unidas o juntadas con respecto a los varones.

### Situación Educativa

Gráfico 2.3. Nivel educativo alcanzado por la población privada de libertad. Argentina, 2012



Un 41% de los entrevistados declara haber asistido a establecimientos educativos habiendo cursado, sin completar, la escolaridad secundaria. El segundo porcentaje de importancia -31%- muestra que los internos cursaron la primaria. Casi el 13% completaron los estudios secundarios. Comparando el nivel de escolaridad de los internos de unidades penitenciarias provinciales y federales, según estudios previos efectuados, se observa un más alto

nivel educativo en el universo poblacional actualmente en estudio.

De las personas que dijeron que solo habían cursado la escolaridad primaria, casi el 90% dice saber leer y escribir.

Cuadro 2.3. Nivel educativo alcanzado por la población privada de libertad, según grupos de edad. Argentina, 2012

Nivel Educativo	Grupos de Edad				Total
	18 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años	50 años y más	
Nunca asistió a la escuela	0	0,6	0	0	0,3
Primario completo-incompleto	36	29,3	31,2	28,8	31
Secundario incompleto	47,9	45,1	37	23,7	41
Secundario completo	8,4	14,9	9,9	20,5	12,9
Terciario (no universitario) completo/incompleto	0,8	2,9	8,8	7,1	4,6
Universitario completo/incompleto	4,4	6,6	13,1	20	9,5
Sin información	2,5	0,6	0	0	0,8
Total	100	100	100	100	100

La población privada de libertad de menor edad muestra niveles educativos más bajos entre quienes tienen hasta 24 años, el 36% de éstos tiene nivel primario completo o incompleto y otro 47,9% de este grupo etario, tiene secundario incompleto. Esta última categoría arroja un valor de 45,1% en el grupo de 25 y 34 años. Inversamente, se observa un más alto nivel educativo entre quienes tienen más de 50 años, grupo en el que un 20% de los entrevistados cursó nivel universitario.

## Situación Ocupacional

Cuadro 2.4. Situación laboral de los entrevistados, previa a la privación de libertad. Argentina, 2012<sup>7</sup>

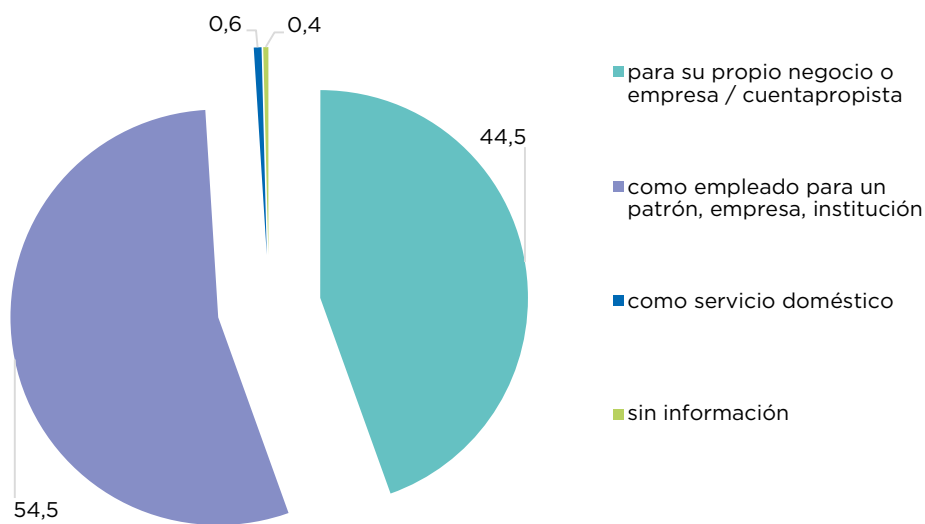
Situación Laboral	Casos	%
<b>Población ACTIVA</b> (86,3%)		
Ocupada	4524	51,6
Subocupada demandante	618	7
Subocupada no demandante	505	5,8

<sup>7</sup> - **Población Económicamente Inactiva (PEI)** comprende a los que en la semana de referencia del relevamiento estadístico no tienen un empleo ni lo buscaron de manera activa, y que por lo tanto, no pueden considerarse desocupados. Los integrantes pueden clasificarse como inactivos típicos o como inactivos marginales (trabajadores desalentados, por ejemplo). Incluye a los desocupados que por una causa u otra no buscan activamente trabajo (falta de iniciativa, otras fuentes de recursos personales, sostenidos por sus familias, prefieren permanecer ociosos antes que trabajar por bajos salarios), o están desalentados

Sobreocupada	1295	14,8
Trabajo temporario	106	1,2
Desocupada	521	5,9
<b>Población INACTIVA (13,7%)</b>		
Sin trabajo no demandante	710	8,1
Tareas del hogar	96	1,1
Estudiante	44	0,5
Jubilado / Pensionado / Rentista	88	1
Incapacitado para trabajar	11	0,1
Beneficiario de algún plan social	32	0,4
Sin información	220	2,5
<b>Total</b>		100

En relación a la situación laboral de los entrevistados -previa a su reclusión- se observa que estamos en presencia de un 86,3% de personas económicamente activas, del cual el 54,5% desarrollaba su actividad laboral en calidad de empleado y como cuentapropista, el 44,5%.

Gráfico 2.4. Caracterización de la ocupación realizada por los entrevistados, previa a la privación de libertad. Argentina, 2012



El 78,4% de la población privada de libertad desarrollaba alguna actividad o trabajo por el que recibía un ingreso en dinero, un pago o un sueldo, antes de su ingreso a la unidad penitenciaria.

En el cuadro siguiente están agrupadas las respuestas según categorías ocupacionales.

luego de numerosas búsquedas de empleo con resultados infructuosos.

**Población Económicamente Activa (PEA):** es el conjunto de personas que independientemente de su edad, tiene una ocupación (remunerada) o que, sin tenerla (desocupada), en la semana de referencia de la encuesta ha buscado trabajo y estaba en condiciones de hacerlo. Se excluyen de manera explícita los enfermos de larga duración, y las demás personas impedidas de trabajar.

Fuente: NEFFA, Julio C. "El trabajo humano", CEIL-OUETTE-CONICET, Asociación Trabajo y Sociedad, Grupo Editorial Lumen, Buenos Aires-México.

Cuadro 2.5. Tipo de ocupación del entrevistado, previa a la privación de libertad. Argentina, 2012

Tipo de Ocupación	Respuestas	
	Nº	%
Profesionales, científicos, profesores universitarios / Propietarios de industria y comercio con 6 o 25 empleados / Agricultores entre 50 y 100 hectáreas	54	0,8
Técnicos / Profesores secundarios / Propietarios de industria o comercio hasta 5 empleados /personal de mandos intermedios administrativos o de servicios /agricultores hasta 50 hectáreas	979	13,6
Empleados de oficina en industria, comercio, servicios / Maestros primarios	705	9,8
Obreros / Operarios especializados en industrias, servicios o agro	606	8,4
Personal subalterno de las Fuerzas Armadas, de seguridad	198	2,8
Peones / Aprendices / Personal maestranza	1619	22,5
Trabajadores cuenta propia con calificación operativa (artesanos, zapateros, plomeros, peluqueros, pintores, etc.)	1833	25,5
Servicio doméstico / Vendedores ambulantes / Cartonero	758	10,5
Sin información	439	6,1
Total	7191	100

El 25,5% de los entrevistados ha desarrollado ocupaciones como cuenta-propistas, con calificación operativa de calificación operativa y el 22,5% provienen de ocupaciones sin calificación, tales como peones, aprendices y personal de maestranza.

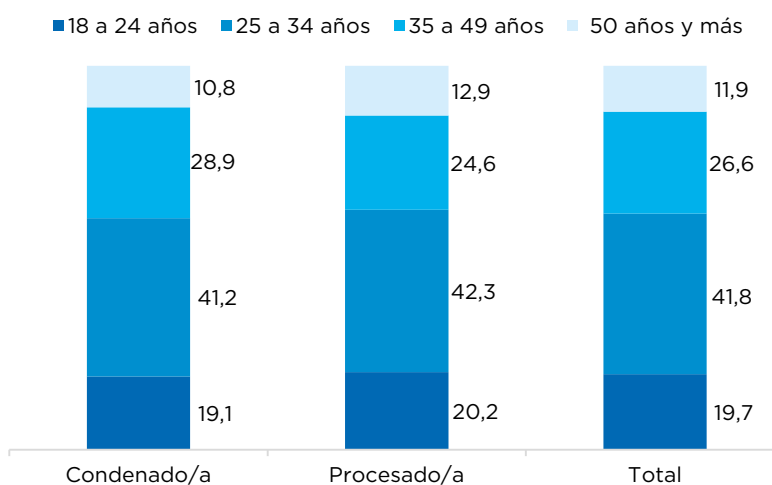
## ■ 2.2. Caracterización jurídico-legal

En relación con la condición jurídica de los entrevistados, el 53,4% (4681 internos) de éstos se encuentra en la situación jurídica de procesados y el 46,6% (4090 internos) corresponde a población condenada.

Se puede observar en el siguiente gráfico que tanto condenados como procesados mantienen similar composición de población según grupos de edad, con excepción de la población mayor de 50 años que en dos puntos de porcentaje más se encuentra en condición de procesados.



Gráfico 2.5. Grupo de edad de la población privada de libertad, según condición jurídica. Argentina, 2012



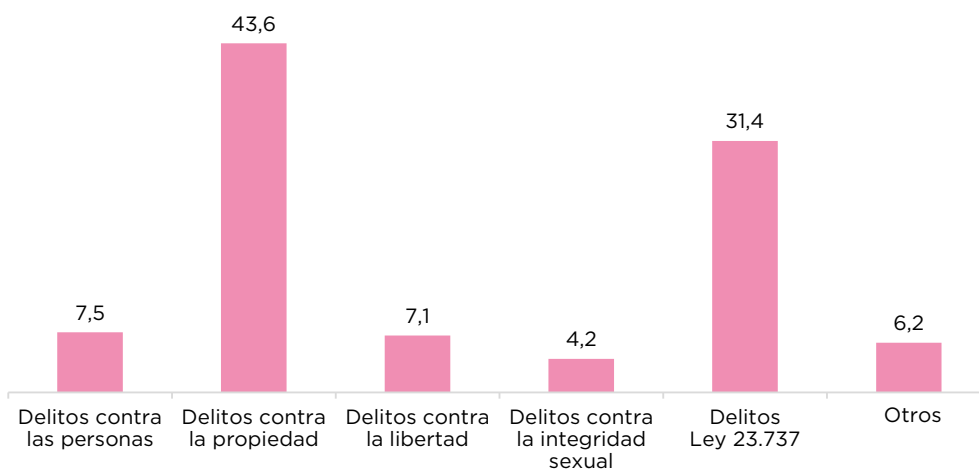
En cuanto al promedio de edad según condición jurídica, es de 33,8 años en condenados y de 34,3 años en los procesados. El 50% de las personas tiene entre 30 y 32 años.

Cuadro 2.6. Promedio de edad y mediana de la población privada de libertad. Argentina, 2012

Promedio de Edad y mediana	Condenados	Procesados	Total
Media	33,8	34,3	34
Mediana	30	32	31
Casos	4681	4090	8771

En los siguientes cuadros y gráficos se muestran los datos obtenidos sobre la clasificación y los tipos de delitos cometidos por los internos encuestados, el tiempo de condena y de privación de libertad, las veces que estuvo recluido y el promedio de edad del primer delito cometido.

Gráfico 2.6. Tipo de delitos cometidos por la población privada de libertad. Argentina, 2012



En cuanto a la agrupación de delitos confeccionada, los delitos de mayor peso son delitos contra la propiedad -43,6%- , seguidos de los delitos vinculados a la Ley de Estupeficientes -31,4%-. La suma de los valores de ambas categorías muestra la importancia de estos delitos en el conjunto de los presentados.

A continuación se detalla la **clasificación de los delitos**, según la agrupación establecida para cada categoría:

**Delitos contra la propiedad:** Vinculados a robo, asalto, hurto, estafa, daños, usura, usurpación.

**Delitos contra la vida:** Vinculados a homicidios, abandono de persona, aborto, duelo, fratricidio, agresión y lesiones, infanticidio, magnicidio, parricidio, motín en penal, peleas, incumplimiento de deberes de asistencia familiar.

**Delitos contra la libertad:** Vinculados a privación de la libertad, amenazas, torturas, esclavitud, secuestro, tráfico de personas, sustracción de menores.

**Delitos contra Ley de Estupeficientes (23.737):** Vinculados a narcotráfico, consumo, tenencia, expendio de medicamentos sin receta, transporte y comercialización de estupeficientes, robo y tenencia, portación de armas y tenencia de estupeficientes, almacenamiento.

**Delitos contra la integridad sexual:** Vinculados a violación, estupro, abuso sexual, corrupción de menores, prostitución y pornografía infantil, exhibicionismo y proxenetismo.

**Otros delitos:** Delitos contra el honor, contra el orden de las familias, ecológicos, contra el orden público, contra la seguridad nacional, contra la administración pública, contra la administración de justicia, contra la fe pública, internacionales.

Cuadro 2.7. Tipo de delito cometido por la población privada de libertad según condición jurídica. Argentina, 2012

Tipo de Delito	Condición Jurídica		Total
	Condenado/a	Procesado/a	
Delitos contra las personas	7,2	8	7,5
Delitos contra la propiedad	36	52,2	43,5
Delitos contra la libertad	7,9	6,3	7,1
Delitos contra la integridad sexual	3,1	5,5	4,2
Delitos Ley 23.737	38,4	23,4	31,4
Otros delitos	7,5	4,7	6,2
Total	100	100	100

En la población total entrevistada se observa que los principales delitos cometidos fueron contra la propiedad y por infracción a ley 23.737. En población con condena son los delitos contra la propiedad los que alcanzan el mayor porcentaje y en la comisión de delitos por infracción a la ley de drogas se encuentra la mayor proporción de procesados/as.

Cuadro 2.8. Grupos de edad de la población privada de libertad, según tipo de delito. Argentina, 2012

Grupo de Edad	Tipo de Delito					Total
	Delitos contra las personas	Delitos contra la propiedad	Delitos contra la libertad	Delitos Ley 23.737	Otros Delitos	
18 a 24 años	20,2	29,3	9,6	11,9	9,5	19,7
25 a 34 años	48	49,3	42,6	32,9	32,3	41,8
35 a 49 años	28,4	17,4	27	35,1	37,5	26,6
50 años y más	3,3	4	20,8	20,1	20,6	11,9
Total	100	100	100	100	100	100

Según los cuadros anteriores mencionamos que el mayor porcentaje de la población que está privada de libertad corresponde al grupo de 25 a 34 años, lo cual vuelve a manifestarse al vincularlo con los tipos de delitos cometidos.

Observados los tipos de delitos según la composición etaria de sus autores, en los delitos contra las personas y contra la propiedad se encuentran los más jóvenes, entre 18 a 34 años, que representan el 68% y 78% respectivamente. En los delitos contra la libertad, un 50% es menor de 34 años y otro 50% es mayor de esa franja de edad. Por

último, el grupo de más de 35 años es el que presenta el mayor porcentaje de delitos por infracción a la Ley de Estupefacientes.

Cuadro 2.9. Tiempo de condena de la población privada de libertad. Argentina, 2012

Tiempo de Condena	Casos	%
Menos de 3 años	395	9,6
Más de 3 años y menos de 5 años	1447	35,3
Más de 5 años y menos de 10 años	1008	24,6
Más de 10 años	1015	24,9
Condena perpetua	59	1,4
Sin información	171	4,2
Total	4095	100

En relación a los entrevistados en condición jurídica de condenados y que responden sobre el tiempo de la condena que definió la instancia judicial, los resultados arrojan que casi el 60% permanecerá recluido por un período entre 3 y 10 años y un cuarto estará más de 10 años. El menor porcentaje se registra en internos con una condena menor a los 3 años (9,6%).

Cuadro 2.10. Tiempo privado de libertad según condición jurídica. Argentina, 2012

Tiempo de Privación de Libertad	Condición Jurídica		Total
	Condenado/a	Procesado/a	
Menos de 1 año	8,6	38,7	24,7
Más de 1 y menos de 3 años	48,3	47,5	47,9
Más de 3 y menos de 6	23,1	10,6	16,4
Más de 6 y menos de 10 años	14,8	1,8	7,9
Más de 10 años	5,1	0,5	2,6
Sin información	0	0,9	0,5
Total	100	100	100

Un cuarto de la población (condenados y procesados) está en condición de privación de libertad hace menos de un año, es decir, son internos recientes al momento de responder la encuesta. El porcentaje mayor corresponde al período de 1 a 3 años (47,9%). En tanto que poco más de un 24% lleva privado de su libertad entre 3 a 10 años.

La población con condena lleva más tiempo privado de libertad que la población procesada: el 8,6% y el 38,7% llevan menos de un año respectivamente. Aunque en ambos grupos la mayoría de las personas (48% y 47%), están entre más de un año y menos de tres en situación de privación de libertad.

Cuadro 2.11. Veces de privación de libertad, por grupos de edad. Argentina, 2012

Veces de Privación de Libertad	Grupos de Edad				Total
	18 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años	50 años y más	
Primera vez	77,8	49,5	54,1	64,5	58,1
Segunda vez	9,7	20,9	21	25,1	19,2
Tercera vez	9	15,4	10,8	2,1	11,3
Cuarta vez o más	3,5	14,2	13,2	8,2	11,1
Sin información	0	0	1	0	0,3
Total	100	100	100	100	100

Del total de la población encuestada, el 58,1% afirma estar privado de libertad por primera vez, en tanto que el 41,9% restante es población reincidente en la comisión de delito o, al menos, en situación de privación de libertad.

En el grupo de mayor edad, el de 50 años y más, nos encontramos con el valor más alto en la reincidencia por segunda vez, con un 25,1%. El grupo de 25 a 34 años es el que arroja un valor más alto en la tercera y cuarta vez de reincidencia.

Cuadro 2.12. Grupo de edad en la comisión del primer delito. Argentina, 2012

Grupo de Edad del Primer Delito	Casos	% Acumulado
Hasta los 14 años	20,4	20,4
Entre los 15 y 20 años	23,7	44,1
Entre los 21 y 30 años	26,9	71
Entre los 31 y 49 años	19,4	90,4
A los 50 años o más	4,6	95
Sin información	5	100
Total	100	

De acuerdo con el agrupamiento propuesto, el 71% de los encuestados cometió el primer delito antes de los 30 años; el valor más alto del total –casi un 27%– se encuentra en la franja de 21 a 30 años.

Si bien el resultado del estudio muestra como edad de inicio promedio los 25 años, las otras medidas estadísticas analizadas indican que la edad de inicio más frecuente (modo) es de 18 años, mientras que la mediana es de 22 años. Esta última medida nos indica que el 50% de los internos dijeron que cometieron su primer delito a los 22 años o antes. Podemos observar que la diferencia en las medidas estadísticas mencionadas nos está indicando la heterogeneidad en los perfiles de los entrevistados.

## ■ 2.3. Trayectoria Institucional

### Antecedentes de institucionalización

Las gran mayoría de los entrevistados en este estudio provienen de entornos en situación de vulnerabilidad, con dificultades económicas y restricción en el acceso al sistema educativo y a un nivel adecuado de calidad de vida en general. Considerando que las circunstancias contextuales que influyen en la generación de comportamientos delictivos son variables, interesa analizar si las personas entrevistadas vivieron situaciones de institucionalización durante su niñez y/o adolescencia con alejamiento total o parcial de su grupo primario familiar.

Gráfico 2.7. Porcentaje de internos que estuvieron alojados en establecimientos y/o programas antes de los 18 años, según sexo. Argentina, 2012



Un 25,7% de la población encuestada responde haber estado alojada en establecimientos o programas antes de los 18 años, sin discriminar si las causas fueron asistenciales o por infracción a la ley penal. Son los varones quienes presentan un valor más alto de institucionalización con un 27,1%, en las mujeres el valor alcanza el 14,7%.

En casi el 83% de los casos se afirma haber estado alojado en establecimientos o programas gubernamentales o comunitarios por causas penales. Por causas asistenciales, casi un 15%. Sólo el 2% de los consultados dice haber estado alojado en dichos dispositivos por ambas causas.

Cuadro 2.13. Cantidad de veces que estuvo alojado en establecimientos y/o programas antes de los 18 años, según sexo. Argentina, 2012

Cantidad de Veces	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Una vez	31,9	42	32,6
De dos a cuatro veces	35,3	11,2	33,7
Más de cuatro veces	29,9	28,7	29,8
Sin información	2,9	18,2	3,9
Total	100	100	100

En relación con la cantidad de veces que estuvieron institucionalizados, casi un tercio lo estuvo una vez y son las mujeres quienes presentan el valor más alto -42%-. La experiencia reiterada entre dos y cuatro o más veces en dispositivos penales juveniles o en dispositivos de carácter asistencial, se registra en el 65,2% de los varones y en el 39,9% de las mujeres.

Cuadro 2.14. Tiempo de alojamiento que estuvo alojado en establecimientos y/o programas antes de los 18 años, según sexo. Argentina, 2012

Tiempo	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Menos de 1 año	43,6	57	44,5
De 1 hasta 3 años	34,2	31,7	34
De 3 hasta 6 años	16,9	0	15,9
De 6 hasta 10 años	3,2	11,3	3,7
Sin información	2,1	0	1,9
Total	100	100	100

En cuanto al tiempo de alojamiento, el 78,5% estuvo institucionalizado hasta 3 años. Tanto los varones como las mujeres presentan una extensa historia de institucionalización. Al consultarles sobre el trato recibido de las autoridades, celadores y/o profesionales, la mayoría lo califica como “bueno” o “regular” (35,5% y 31,6%, respectivamente).

El 29,4% respondió que pudo aprender oficios o incorporar conocimientos que lo ayudaron a mejorar su situación. El 66% restante, afirma que los conocimientos recibidos le sirvieron poco o nada.

## ■ 2.4. Participación en actividades educativas, laborales y recreativas dentro del recinto penitenciario

Cuadro 2.15. Participación en programas y actividades educativas dentro del recinto penitenciario, según edad. Argentina, 2012

Participación en Actividades y Programas Educativos	Grupos de Edad				Total
	18 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años	50 años y más	
No existe ninguna oferta	0	1,1	0,9	0	0,7
Existe oferta y participa	86,8	77,1	80,5	67	78,7
Existe oferta y no participa	13,2	21,7	18,6	33	20,6
Total	100	100	100	100	100
Sin información	0	0	1	0	0,3
Total	100	100	100	100	100

El 78,7% de los entrevistados participa en los programas educativos que se ofrecen dentro del recinto penitenciario, mientras que el 20,6% no lo hace a pesar de existir la oferta. La participación en estos programas disminuye en las personas mayores de 50 años.

Cuadro 2.16. Participación en programas y actividades laborales dentro del recinto penitenciario, según edad. Argentina, 2012

Participación en Programas y Actividades Laborales	Grupos de Edad				Total
	18 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años	50 años y más	
No existe ninguna oferta	1,3	0,6	0,9	0	0,8
Existe oferta y participa	69,3	76,6	82,5	65,9	75,4
Existe oferta y no participa	29,3	22,8	16,6	34,1	23,8
Total	100	100	100	100	100

En relación con los programas de capacitación laboral dentro del recinto, el 75,4% de los entrevistados participa en éstos. El mayor porcentaje de quienes participan en las capacitaciones destinadas a aprender oficios se encuentra entre los 25 y 49 años, disminuyen los niveles de participación entre los mayores de 50 y en los menores de 24 de años.

Cuadro 2.17. Participación en actividades recreativas o deportivas dentro del recinto penitenciario, según edad. Argentina, 2012

Participación en Actividades Recreativas o Deportivas	Grupos de Edad				Total
	18 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años	50 años y más	
No existe ninguna oferta	0	0	0,9	0	0,5
Existe oferta y participa	84,8	81,8	75,8	65,6	78,9
Existe oferta y no participa	15,2	16,6	23,3	32,2	20
Sin información	0	1	0	2,1	0,7
Total	100	100	100	100	100

Casi el 79% de los entrevistados participa en actividades recreativas o deportivas dentro del recinto penitenciario y van disminuyendo a medida que aumenta la edad.

Si bien se observa una alta participación e interés en las tres áreas ofrecidas por las unidades penitenciarias, habría que considerar cuáles son los motivos de la menor participación de las personas mayores de 50 años y si alguno de éstos puede deberse a que las tres propuestas no se adaptan a las necesidades y posibilidades de este grupo etario.



Cuadro 2.18. Actividades específicas que realiza dentro del recinto penitenciario. Argentina, 2012

Listado de Actividades	%
Actividades deportivas	60,4
Actividades artísticas, culturales, artesanías	26,3
Limpieza / Maestranza	23,8
Talleres y Cursos de Oficios	19,4
Oficios vs. (plomaría / electricidad / pintura / albañilería / herrería / electricidad)	16,7
Panadería / Repostería	15,1
Jardinería / Granja / Huerta	14,4
Costura / Sastrería	9,4
Ninguna	7
Carpintería	6,6
Administración / Informática	6,3
Peluquería y/o Manicuría	2,7
Actividades educativas formales	2
Otros	2,3

Entre las actividades específicas que se realizan dentro del recinto penitenciario, las deportivas (60,4%); las artísticas, culturales y artesanías (26,3%) y en tercer lugar las actividades de limpieza (23,8%), fueron las más mencionadas. Los valores que arrojan el desarrollo de actividades vinculadas a distintos oficios y su capacitación específica, muestra el alto interés que tienen entre los internos encuestados. Solo 7% de los entrevistados no desarrolla ninguna actividad dentro del recinto penitenciario.

Cuadro 2.19. Participación en talleres / cursos sobre los riesgos del consumo de drogas dentro del recinto penitenciario, según edad. Argentina, 2012

Participación en Talleres / Cursos sobre Drogas	Grupos de Edad				Total
	18 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años	50 años y más	
No existe ninguna oferta	24,2	22,2	23,9	32,6	24,3
Existe oferta y participa	17,5	15,1	10,2	3,9	12,9
Existe oferta y no participa	29,5	31,7	35	22	31
Sin información	28,7	31,1	30,8	41,5	31,8
Total	100	100	100	100	100

Se consultó a los internos su posible participación en talleres / cursos sobre los riesgos del consumo de drogas dentro del recinto penitenciario. Casi un cuarto de los encuestados responde que no existe oferta en las unidades y el menor porcentaje registrado se observa en aquellos que dicen que exis-

te oferta y participa (casi 13%). De igual forma que en las tres propuestas anteriores, el grupo de 50 años o más es el que tiene menor participación.

El estudio arroja que son las mujeres quienes tienen un más alto nivel de participación, 21,3% sobre 11,9% de los varones.

## Capítulo 3

# Magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en la población privada de libertad

### 3.1. Consumo de Sustancias Psicoactivas

Uno de los indicadores de consumo en un grupo poblacional es la prevalencia de vida de cada una de las sustancias de cuyo consumo se indaga. La prevalencia de vida indica la proporción de personas que consumieron alguna vez en su vida una o más de las sustancias, sobre el total de personas analizadas. Para análisis más específicos sobre la problemática del consumo, se recurre a las prevalencias anuales y de último mes, pero debido a que esta población se encuentra privada de libertad, consideramos conveniente trabajar la problemática del consumo en relación a sus consumos sin referencia a un tiempo específico (anual o mensual), sino en general.

Otros indicadores importantes son la edad de inicio en el consumo por tipo de sustancia; la intensidad del uso, que permite distinguir entre uso experimental, ocasional y frecuente; la magnitud del uso problemático de bebidas alcohólicas y la estimación de la presencia de signos y síntomas de dependencia, entre los usuarios de marihuana y cocaína. Si bien esta calificación correspondería a una entrevista clínica, la epidemiología sobre la problemática del consumo y abuso de sustancias, ha generado los instrumentos metodológicos apropiados para “estimar” la ocurrencia de este fenómeno en el universo de usuarios, a través de la operacionalización del concepto en una escala adaptada a una entrevista no clínica.

A continuación se presentan datos sobre la prevalencia de vida de consumo de sustancias legales e ilegales en población privada de libertad en el Servicio Penitenciario Federal.

Gráfico 3.1. Prevalencia (%) de VIDA de consumo de sustancias psicoactivas en población privada de libertad en el SPF. según sexo. Argentina, 2012

Prevalencia de Vida	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Tabaco	83,9	77,8	83,2
Alcohol	92,1	77,1	90,4
Alcohol casero	22,7	16,2	22

Tranquilizantes con/pm* (valium, lexotanil, alplax, rivotril, etc..)	26,9	32,8	27,5
Tranquilizantes sin/pm (valium, lexotanil, alplax, rivotril, etc..)	29,6	16,1	28,1
Estimulantes con/pm (ritalina, fluoxetina, soloft, etc..)	2,7	3,2	2,7
Estimulantes sin/pm (ritalina, fluoxetina, zoloft, etc..)	10,5	3,5	9,7
Marihuana	66,3	45,8	64
Cocaína	53,3	40,1	51,9
Pasta base y/o paco	22	27,7	22,6
Solventes e inhalables (naftas, pegamentos, pinturas, popers)	15	7,5	14,1
Éxtasis	12,2	8,8	11,8
Alucinógenos (tales como lsd, peyote, san pedro, pcp, calina)	19,5	11,4	18,6
Ketamina	9,2	9,4	9,2
Anfetaminas	6	6,2	6
Otras drogas	2,3	3,5	2,5
Alguna droga ilícita	70,2	54,5	68,5

\*Tranquilizantes con/pm: "prescripción médica".

En el cuadro anterior se observa que las sustancias mayoritariamente consumidas alguna vez en la vida son las sustancias legales: **alcohol** en un 90,4% y **tabaco** en un 83,2%. En ambas sustancias no vemos diferencias de consumo según sexo.

De la totalidad de internos entrevistados el 64% declaró haber consumido **marihuana**. Es la sustancia ilícita de mayor consumo y la tercera droga elegida, luego del alcohol y el tabaco. Más de la mitad declaró haber consumido **cocaína**. Ambas sustancias presentan tasas diferenciales según sexo, siendo los varones quienes más consumen.

Más de un cuarto de los entrevistados declararon haber consumido tranquilizantes con y sin prescripción médica. Mientras que la prevalencia de vida de los **tranquilizantes con prescripción médica** es mayor en las mujeres -32,8%- que en los varones -26,9%-; la prevalencia de los tranquilizantes sin prescripción médica es mayor en los varones -29,6%- que en las mujeres -16,1%-.

**Es de destacar que el 68,5% de los entrevistados consumieron alguna vez en su vida alguna droga ilícita.** Son los varones quienes presentan la mayor prevalencia.

Cuadro 3.2. Prevalencia (%) de VIDA de consumo de sustancias psicoactivas en población privada de libertad en el SPF, según grupos de edad. Argentina, 2012

Prevalencia de Vida	Grupos de Edad				Total
	18 a 24 años	25 a 34 años	35 a 49 años	50 años y más	
Tabaco	90,1	87,6	73,8	77,2	83,2
Alcohol	92,7	91,5	88,7	86,7	90,4
Alcohol casero	18,6	31,9	15,3	7,7	22
Tranquilizantes con/pm* (valium, lexotanil, alplax, rivotril, etc..)	27,2	25,4	27,5	35,6	27,5
Tranquilizantes sin/pm (valium, lexotanil, alplax, rivotril, etc..)	41	34,6	18,1	6,4	28,1
Estimulantes con/pm (ritalina, fluoxetina, soloft, etc..)	2,5	2,6	3,2	2,1	2,7
Estimulantes sin/pm (ritalina, fluoxetina, soloft, etc..)	8,9	13,1	8,4	2,1	9,7
Marihuana	84	75,5	51,8	18	64
Cocaína	63	62,5	40,3	22,3	51,9
Pasta base y/o paco	30,7	31,1	12,5	2,1	22,6
Solventes e inhalables (naftas, pegamentos, pinturas, popers)	19,4	19,3	8,4	0	14,1
Éxtasis	12,5	16,6	9,1	0	11,8
Alucinógenos (tales como lsd, peyote, san pedro, pcp, calina)	16,4	26,7	14,2	4,3	18,6
Ketamina	14,1	11,7	5,8	0	9,2
Anfetaminas	4,9	5,8	8,4	3,4	6
Otras drogas	1	2,5	4,6	0	2,5
Alguna droga ilícita	87,8	76,7	60	26,5	68,5

\*Tranquilizantes con/pm: "prescripción médica".

El consumo de sustancias en población privada de libertad es diferencial según la edad, siendo la población más joven -entre 18 a 34 años- la que presenta tasas más altas de consumo, distribución que se asemeja a los resultados del estudio en población general.

El consumo de **tabaco** es mayor en la población que tiene entre 18 y 24 años, pero los porcentajes de consumo se mantienen elevados en los grupos etarios siguientes.

La prevalencia de vida de la población privada de la libertad muestra que entre los 18 y 34 años la tasa de consumo de **alcohol** es mayor. Ésta, al igual que lo que ocurre con el tabaco, si bien decrece, se mantiene elevada en edades más avanzadas.

Respecto al consumo de **marihuana**, la tasa más elevada de consumo se encuentra entre los 18 y 24 años -84%- y va decreciendo a medida que aumenta la edad: alcanza una prevalencia de vida del 75,5% entre los 25 y 34 años, del 51,8% entre los 35 y 49 años y del 18,0% en la población de más de 50 años.

Similar comportamiento se produce en el consumo de **cocaína**, aunque en tasas menores: el 63% de la población entre los 18 y 24 años, el 62,5% entre 25 a 34 años, el 40,3% entre los 35 y 49 años y el 22,3% de los entrevistados de más de 50 años consumieron cocaína al menos una vez en la vida.

Al observar el consumo de **pasta base/paco**, vemos que el principal uso se presenta entre los 18 a 34 años, descendiendo a partir de los 35 años. Igual comportamiento de los datos lo vemos en el consumo de **solventes e inhalables**.

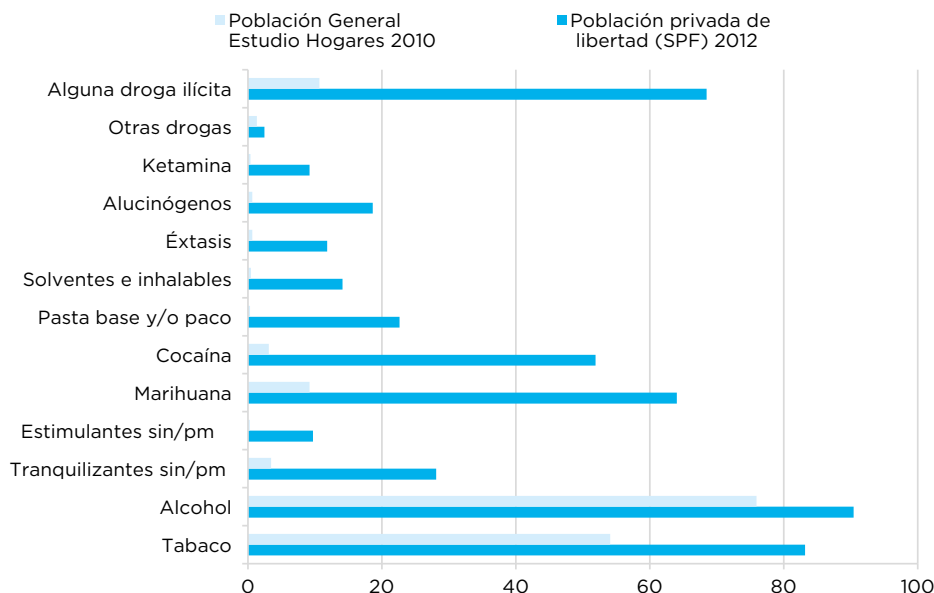
El consumo de **tranquilizantes con prescripción médica** se mantiene sin grandes variaciones hasta los 50 años, momento en el que asciende al 35,6%.

La prevalencia de vida de consumo de **tranquilizantes sin prescripción médica** se encuentra acentuada entre los 18 y 24 años y disminuye en las franjas de edades más avanzadas.

Al igual que ocurre con cada una de las sustancias mencionadas, el consumo de **alguna droga ilícita** también disminuye en relación inversa a la edad. Mientras el 87,8% de la población entre los 18 y 24 años declaró haber consumido alguna droga ilícita al menos una vez en la vida, sólo el 26,5% de los entrevistados mayores de 50 años declaró haberlo hecho.

Al comparar los datos sobre el consumo de sustancias psicoactivas en población privada de libertad con población general obtenida a partir del Estudio Nacional de Hogares 2010, se observan importantes diferencias destacadas en el siguiente gráfico.

Gráfico 3.1. Prevalencia (%) de VIDA de consumo de sustancias psicoactivas en población general (Estudio Hogares 2010) y en población privada de libertad en el SPF. Argentina, 2012



Las diferencias se manifiestan en el consumo de todas las sustancias psicoactivas reseñadas y es el sector específico de la población privada de libertad el que evidencia los valores más altos. El consumo de marihuana, cocaína y alguna droga ilícita arroja los porcentajes con mayor diferencia:

- ◆ Consumo de Marihuana en población general: 9,2%
- ◆ Consumo de Marihuana en población privada de libertad: 64%
  
- ◆ Consumo de Cocaína en población general: 3,1%
- ◆ Consumo de Cocaína en población privada de libertad: 51,9%
  
- ◆ Consumo de alguna droga ilícita en población general: 10,7%
- ◆ Consumo de alguna droga ilícita en población privada de libertad: 68,5%

### ■ 3.2. Edad de inicio

En el siguiente cuadro se muestra el promedio de edad de inicio en el consumo de las distintas sustancias.

Cuadro 3.3. Edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas. Población privada de libertad en el SPF. Argentina, 2012

Tipo de Sustancias	Edad Promedio de Inicio
Tabaco	15
Alcohol	16
Alcohol tipo casero	24
Tranquilizantes con pm	28
Tranquilizantes sin pm	18
Estimulantes c/pm	26
Estimulantes s/pm	17
Marihuana	16
Cocaína	18
Pasta base – paco	21
Solventes/inhalables	16
Éxtasis	21
Alucinógenos	18
Ketamina	21
Anfetaminas	21
Otras drogas	23

La edad de inicio promedio en el consumo de **tabaco** de la población privada de libertad se ubica en los 15 años y en el consumo de **alcohol y marihuana** en los 16 años.

En la población bajo estudio la edad de inicio en el consumo de **cocaína** y de **tranquilizantes sin prescripción médica** se encuentra en los 18 años y en el consumo de **pasta base/paco** y de **tranquilizantes con prescripción médica** en los 21 y 28 años, respectivamente.



Cuadro 3.4. Distribución de la población con consumo de sustancias según grupos de edad de inicio. Población privada de libertad en el SPF. Argentina, 2012

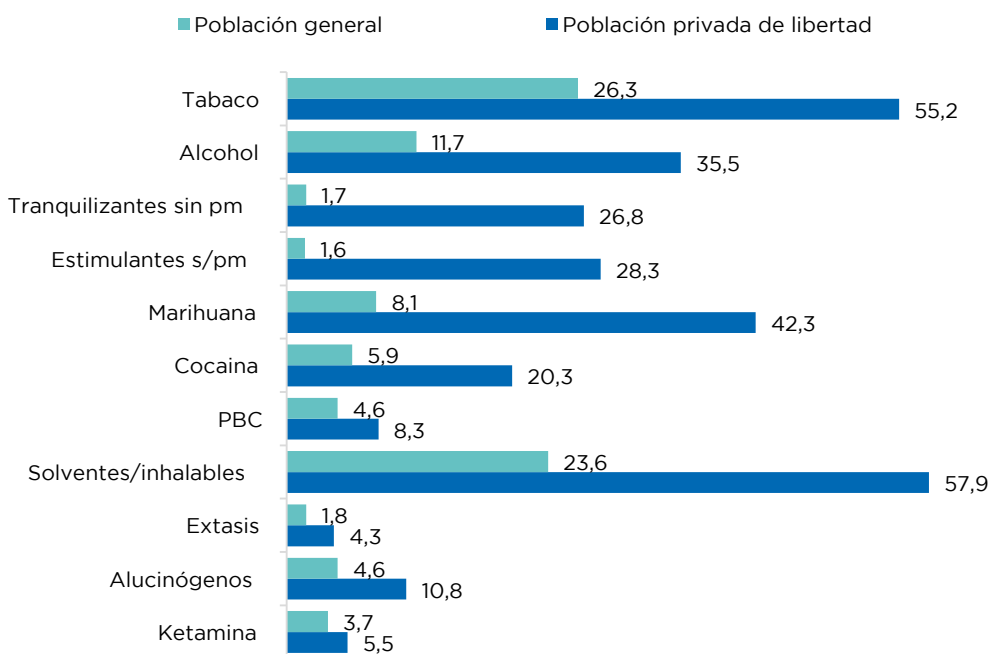
Tipo de Sustancias	Edad Inicio en el Consumo				Total
	A los 14 años o antes	Entre los 15 y 17 años	Entre los 18 y 20 años	A partir de los 21 años	
Tabaco	55,2	23,3	12,9	8,6	100
Alcohol	35,5	34,6	23,2	6,6	100
Alcohol tipo casero	2,3	9,3	24,1	64,3	100
Tranquilizantes con pm	12,2	5,2	12,2	70,5	100
Tranquilizantes sin pm	26,8	29,8	18,8	24,6	100
Estimulantes s/pm	28,3	26,8	24,9	19,9	100
Marihuana	42,3	35,2	11,1	11,4	100
Cocaína	20,3	34,1	30,2	15,3	100
PBC	8,3	24,9	24,5	42,3	100
Solventes/inhalables	57,9	24	12,9	5,2	100
Éxtasis	4,3	25,6	23,8	46,3	100
Alucinógenos	10,8	37,8	31,6	19,8	100
Ketamina	5,5	24,1	25,7	44,7	100

A partir de la lectura del cuadro anterior podemos observar la precocidad en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. De esta manera vemos que si bien la edad promedio de inicio en el consumo de **marihuana** es a los 16 años, más del 77% se inició antes de los 17 años.

En relación al comportamiento en el consumo de **pasta base cocaína**, el promedio de edad inicial es a los 21 años pero más del 50% se inició antes de los 20 años. En **solventes / inhalables**, la edad promedio de inicio es a los 16 años y antes de los 14 años comienza a consumir casi el 60%. El promedio de edad de inicio en el consumo de **cocaína** es a los 18 años y más del 50% se inició antes de los 17 años.

Si comparamos el porcentaje de jóvenes que a los 14 años se iniciaron en el consumo de sustancias psicoactivas según se trate de población privada de libertad y población general, vemos importantes diferencias entre ambas poblaciones:

Gráfico 3.2. Porcentaje de la población que inició el consumo de sustancias a los 14 años o menos. Población privada de libertad en el SPF 2012 y Población general 2010. Argentina.



Es la población privada de libertad quien registra los más altos porcentajes en inicio a los 14 años. Las diferencias son notables en el inicio del consumo en esa franja etaria de todas las sustancias psicoactivas pero se destaca especialmente en el consumo de marihuana, cocaína y solventes e inhalables:

- ◆ Precocidad en el inicio del consumo de Marihuana en población general: 8,1%
- ◆ Precocidad en el inicio del consumo de Marihuana en población privada de libertad: 42,3%
- ◆ Precocidad en el inicio del consumo de Cocaína en población general: 5,9%
- ◆ Precocidad en el inicio del consumo de Cocaína en población privada de libertad: 20,3%
- ◆ Precocidad en el inicio del consumo de solventes / inhalables en población general: 23,6%
- ◆ Precocidad en el inicio del consumo de solventes / inhalables en población privada de libertad: 57,9%

### 3.3. Frecuencia en el consumo de alcohol y drogas

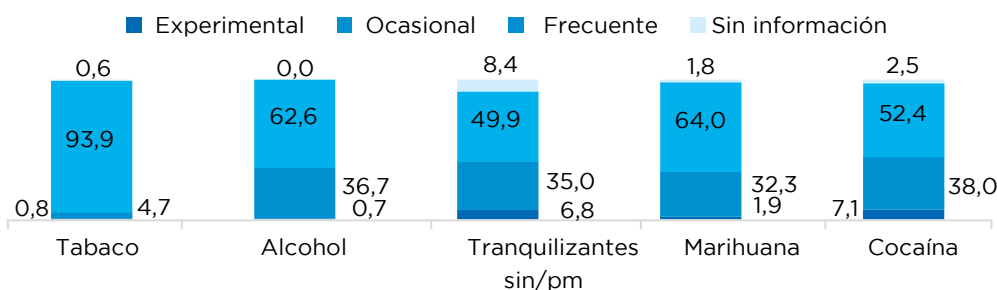
Con el objetivo de distinguir al interior de los usuarios de sustancias psicoactivas grupos de personas según la intensidad del consumo, que claramente referencia situaciones diferenciales de riesgo o gravedad, se discrimina: **el consumo experimental** en personas que hicieron uso una sola vez de la sustancia referida; **el consumo ocasional**, que corresponde a una frecuencia de uso de algunas veces en los últimos 12 meses o algunas veces mensualmente; y el **uso frecuente**, que comprende el uso diario o varias veces en la semana.

Según los datos del siguiente gráfico, la población privada de libertad presenta un alto **consumo frecuente** de sustancias psicoactivas, lo cual define la intensidad del problema. El mayor consumo frecuente corresponde al de tabaco (93,9%), seguido de marihuana con un porcentaje del 64%, que supera incluso al consumo frecuente de alcohol (62,6%)<sup>8</sup>.

El **más alto consumo experimental** corresponde a cocaína (7,1%) y tranquilizantes sin prescripción médica (6,8%).

El **consumo ocasional** se observa en un tercio en cuatro de las cinco sustancias referidas.

Gráfico 3.3. Frecuencia de consumo de sustancias durante los últimos 12 meses de la población privada de libertad en el SPF, Argentina, 2012



### 3.4. Intensidad de consumo y dependencia de alcohol y drogas

El consumo de riesgo de alcohol, según la definición de Babor, Campbell, y Saunders<sup>9</sup>, es un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

El consumo perjudicial<sup>10</sup> se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

<sup>8</sup> - Se explica porque en el periodo de tiempo analizado, muchos ya se encuentran privados de libertad.

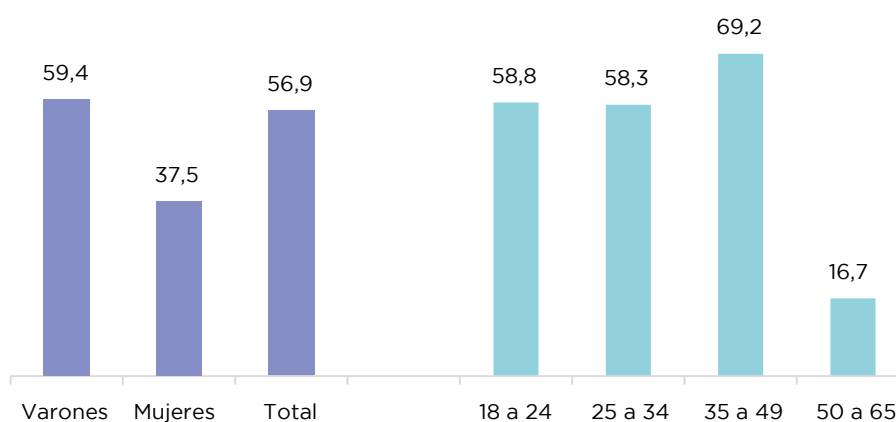
<sup>9</sup> - Lexicon of Alcohol and Drug Terms, World Health Organization, Geneva, 1994. Citado en "AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria". OMS. Thomas F. Babor, John Higgins-Biddle, John Sanders y Maristela Monteiro.

<sup>10</sup> - Idem anterior y OMS. CIE 10. Clasificación de Desórdenes del Comportamiento: diagnósticos y criterios de investigación. OMS. 1993

Para estimar este consumo perjudicial o problemático entre los consumidores de alcohol se utilizó el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol -AUDIT-, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un método simple de *screening* del consumo excesivo de alcohol y como apoyo en la evaluación breve de un paciente.

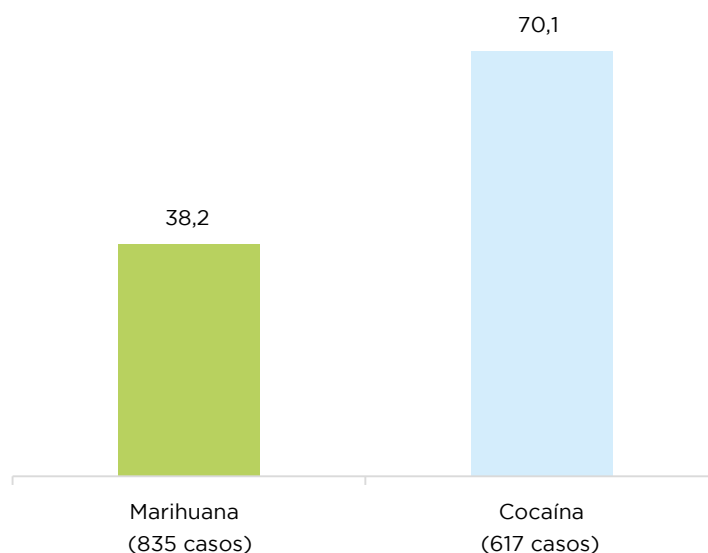
En función del mismo, del 17,1% de personas que habían consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 56,9% lo hizo de manera perjudicial. El 59,4% de los varones y el 37,5% de las mujeres, el valor más alto -69,2%- corresponde a la franja de 35 a 49 años.

Gráfico 3.4. Consumo abusivo de alcohol en el último año en población privada de libertad, según sexo y edad. Argentina 2012



Para la medición de la dependencia se siguieron los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión, CIE X. En el mismo se define al Síndrome de dependencia como “el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco.” Los seis criterios que establece el CIE X se operacionalizaron en 10 ítems o variables, y se les preguntó a quienes consumieron marihuana y cocaína en el último año. Cuando la persona presenta 3 o más indicadores positivos, se define como Dependiente. Debido a que se trata de una encuesta poblacional y no de una entrevista bajo un encuadre médico, esta medida debe considerarse como una estimación aproximada a la población con síndrome de dependencia a drogas.

Gráfico 3.5. Tasa de Dependencia de Marihuana y Cocaína en los últimos 12 meses, en población privada de libertad del SPF. Argentina, 2012



#### Análisis de los dependientes del consumo de marihuana:

- ◆ De los 2188 consumidores de marihuana en el último año, el 38,2% presenta indicadores de dependencia a la sustancia.
- ◆ Del 38,2% de consumidores dependientes de marihuana, el 93,9% son varones.
- ◆ El 40,4% (742 casos) del grupo de 18 a 34 años consumidores de marihuana presenta dependencia. Al desagregar la población en dos franjas etarias, la tasa de dependencia del grupo de 18 a 24 años es de 47,4% y la de 25 a 34 años, el 35,8%.
- ◆ Al analizar particularmente el universo de consumidores dependientes de marihuana por grupo etario, se observa que el 88,8% de los mismos tiene entre 18 a 34 años. El 41,2% corresponde a la población de 18 a 24 años y el 47,6%, al grupo de 25 a 34 años.

#### Análisis de los dependientes del consumo de cocaína:

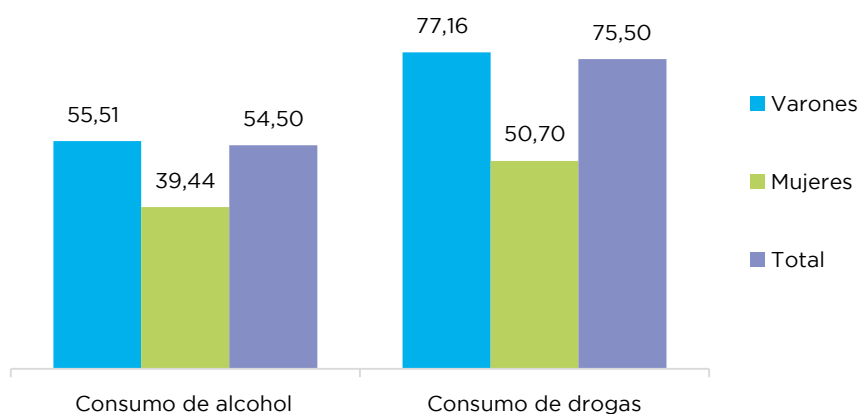
- ◆ De los 881 consumidores de cocaína en el último año, el 70,1% presenta signos y síntomas de dependencia de la sustancia
- ◆ Del 70,1% total de consumidores dependientes de cocaína, el 98,4% son varones.
- ◆ El 66,6% (463 casos) del grupo de 18 a 34 años consumidores de cocaína, presenta dependencia.
- ◆ Al analizar particularmente el universo de consumidores dependientes

de cocaína por grupo etario, se observa que el 74,9% de los mismos tiene entre 18 a 34 años.

### ■ 3.5. Antecedentes y factores de riesgo asociados al consumo

Del 25,7% de la población encuestada que responde haber estado alojada en establecimientos o programas antes de los 18 años, el 54,5% reconoce que en ese momento ya consumía bebidas alcohólicas y el 75,5%, que consumía algún tipo de drogas. En ambos consumos la mayor proporción se observa entre los varones. Estos valores están indicando niveles de consumo muy altos en jóvenes.

Gráfico 3.6. Consumo de alcohol y drogas al ingreso en establecimiento y/o programa antes de los 18 años, según sexo. Argentina, 2012



La percepción de riesgo es un buen indicador de la tolerancia o no que presenta una población respecto del uso de sustancias. La población bajo estudio se caracteriza por una mayor vulnerabilidad social y presenta niveles de consumo muy superiores a la población general tanto en el consumo de cualquier droga ilícita, como en las dos sustancias más consumidas, cocaína y marihuana.

Los datos muestran que la percepción de gran daño ante el consumo frecuente alcanza entre el 70% y el 90% tanto en las sustancias legales como ilegales, con excepción del consumo frecuente de marihuana, que solo el 48,2% lo considera una práctica que provoca gran daño. La percepción de más alto riesgo se observa en el consumo frecuente de cocaína y pasta base/paco con poco más del 91% para ambas sustancias y con valores similares a los de la población general. También el uso ocasional de pasta base/paco tiene la mayor percepción de riesgo al compararla entre todas las sustancias (84,1%).

Cuadro 3.5. Distribución de la población privada de libertad según percepción de riesgo. Argentina, 2012

Percepción de Riesgo	Ningún Daño	Daño Moderado	Gran Daño	No Sabe	Total
Fumar cigarrillos frecuentemente	1,8	12,1	84,8	1,3	100
Tomar bebidas alcohólicas frecuentemente	2,1	16,3	79,5	2,1	100
Tomar tranquilizantes una o dos veces	16,9	24,2	41,6	17,2	100
Tomar tranquilizantes frecuentemente	4,1	9,4	76	10,5	100
Tomar estimulantes una o dos veces	7,7	20,3	46,4	25,6	100
Tomar estimulantes frecuentemente	1,5	5,8	70	22,7	100
Probar marihuana una o dos veces	43	26	23,4	7,5	100
Fumar marihuana frecuentemente	20,8	24,3	48,2	6,8	100
Probar cocaína una o dos veces	12,9	16,7	63,4	7,1	100
Consumir cocaína frecuentemente	1,1	1,7	91,3	5,9	100
Probar pasta base y/o paco una o dos veces	3,2	3,6	84,1	9	100
Consumir pasta base y/o paco frecuentemente	0,3	0,8	91,4	7,6	100

Por otra parte, en la población privada de libertad, la percepción de gran riesgo frente al uso ocasional de marihuana y cocaína es sensiblemente menor que en la población general: en relación al uso de marihuana, en población general esta opinión es del 53,5% frente al 23,4% de los internos encuestados en el actual estudio. En el caso de cocaína, en población general es de 74,6% y en población privada de libertad, 63,4%.

Las sustancias y frecuencia de uso que concitan las mayores opiniones de ningún riesgo son: el uso ocasional de marihuana -43%- y el uso ocasional de tranquilizantes -16,9%-. El 20,8% de los encuestados afirma que consumir frecuentemente marihuana no conlleva ningún riesgo de la misma manera que consumir ocasionalmente estimulantes (7,7%) y cocaína (12,9%).

En relación a la utilización de drogas de manera inyectable alguna vez en la vida, el 2,7% de los internos responde haberlas utilizado.

En el siguiente cuadro se muestran las tasas de consumo de alguna droga ilícita en grupos seleccionados según diferentes condiciones de vulnerabilidad, con el objetivo de establecer diferencias en los criterios y evaluaciones de los factores de riesgo que presenta esta población, en relación al consumo de drogas.

Cuadro 3.6. Consumo de alguna droga ilícita en el último año según grupos. Población privada de libertad en el SPF. Argentina 2012

Condiciones de Riesgo	Grupos Específicos	Consumo alguna droga ilícita
Antecedentes Penales	Primera Vez	18,2
	Reincidente	37,6
Antecedentes en dispositivos penales juveniles y/o asistenciales, antes de los 18 años	Si estuvo	46,8
	Una vez	43,5
	Varias veces	49,8
	Nunca estuvo	19,5
Antecedentes en dispositivos penales juveniles y/o asistenciales, antes de los 18 años	Recibió buen trato	45,3
	Recibió malos tratos	48,5
	Consumía alcohol	50,7
	No consumía alcohol	43,1
Antecedentes en dispositivos penales juveniles y/o asistenciales, antes de los 18 años	Consumía drogas	55,3
	No consumía drogas	21,4
Antecedentes en dispositivos penales juveniles y/o asistenciales, antes de los 18 años	Recibió tratamiento	55,5
	No recibió tratamiento	52,4
Participación en cursos de drogas en la unidad penitenciaria	Si participa	35,6
	No participa	25,5
Participación en actividades laborales en la unidad penitenciaria	Si participa	20,9
	No participa	45
Participación en actividades recreativas /deportivas en la unidad penitenciaria	Si participa	26,1
	No participa	29,7
Participación en programas educativos en la unidad penitenciaria	Si participa	24,5
	No participa	34,1
Tiempo de privación de libertad	Menos de un año	50,3
	Mas de 1 y menos de 3 años	19
	Más de 3 y menos de 6 años	18,9
	Más de 6 y menos de 10 años	12,6
	Más de 10 años	21,6
<b>Consumo de alguna droga ilícita. Total población privada de libertad</b>		<b>26,5</b>



Los datos del cuadro anterior, del consumo de drogas ilícitas en el último año o consumo reciente en grupos seleccionados según niveles de vulnerabilidad, nos muestran que la condición de haber estado alojado o privado de libertad en algún establecimiento o programa antes de cumplir los 18 años, es un factor que incrementa notoriamente el consumo actual en relación a quienes no pasaron por esta experiencia, más incluso si en esa experiencia ya existía el consumo de drogas. A medida que aumenta la cantidad de veces de haber estado institucionalizado en los mencionados dispositivos, el consumo de drogas tiene más peso.

En los internos con antecedentes de institucionalización durante la niñez o adolescencia, tanto el trato recibido por parte de los celadores y/o profesionales (bueno o malo) como la recepción de algún tipo de tratamiento por consumo de alcohol o drogas, no parecieran ser una bisagra importante respecto del consumo reciente de drogas ilícitas. Las diferencias entre las tasas de consumo son pequeñas entre estos subgrupos de observación.

Otro factor de relevancia en el consumo reciente de drogas son las experiencias previas en la comisión de delitos, siendo el doble el consumo en la población reincidente.

La participación en programas educativos y laborales imprime un menor consumo respecto de los grupos que no participan, siendo aún más relevante el impacto positivo entre quienes se involucran en actividades laborales.

Las actividades recreativas y deportivas también indican alguna diferencia entre quienes participan y no, respecto del consumo, pero la distancia es de 3 puntos de porcentaje. Y la participación en los cursos sobre drogas invierte las tasas de consumo según participen o no, siendo más elevadas en aquellos que están participando. Probablemente, el consumo es un motivo de la misma pudiendo existir en los internos una motivación para informarse y conocer las consecuencias que se derivan del consumo problemático de sustancias adictivas y cómo afecta su salud y su entorno familiar, social y laboral.

El tiempo de permanencia en la unidad penitenciaria indica que aquellas personas que aún no completaron el año de privación de libertad, el consumo es más alto que en el resto. Uno de cada dos consume alguna droga ilícita. A partir del año de permanencia las tasas de consumo se ubican alrededor del 20%. Habrá que indagar sobre el proceso traumático que implica para las personas el ingreso, la permanencia y también el egreso de las unidades penitenciarias y considerar las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentran en los diferentes momentos.

## Capítulo 4

# Demanda de Tratamiento

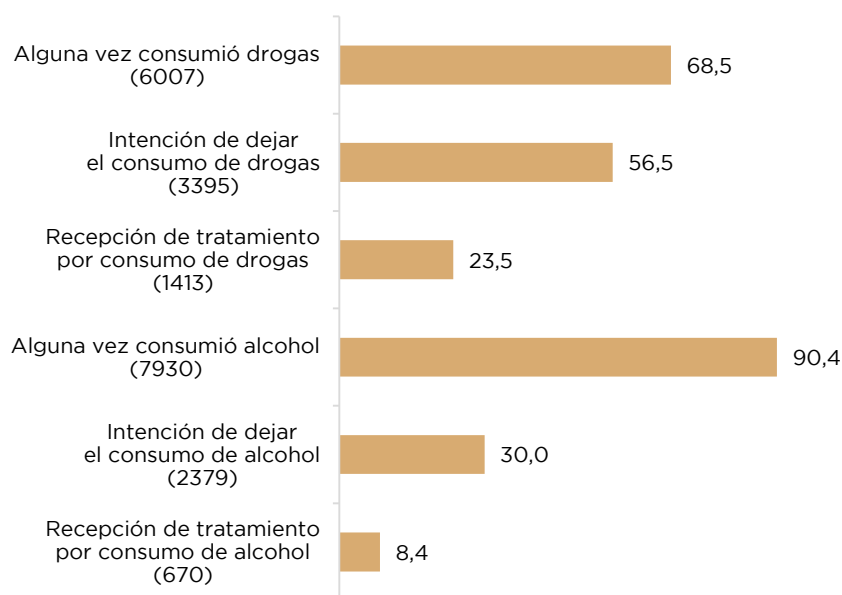
Consideramos como asunto prioritario dentro del estudio, la elaboración de información para el diseño de medidas específicas que orienten la estructuración de servicios y programas para la atención y tratamiento a personas con consumo problemático que se encuentran alojados en las unidades penitenciarias.

Si tomamos en cuenta la evidencia existente y ya explicitada en el gráfico 3.1, sobre la magnitud del consumo en población privada de libertad, la información en relación a las experiencias en tratamiento y demanda real o potencial es clave para dar respuestas a esta situación.

### ■ 4.1. Consumo y Demanda de tratamiento antes de ingresar a las unidades penitenciarias

Sobre el total de personas que consumieron drogas y/o alcohol alguna vez en su vida, que representan el 68,5% y el 90,4% respectivamente, la intencionalidad de su abandono ocurrió en más de la mitad de los primeros y en casi un tercio de los segundos. Estos datos refieren al periodo de tiempo anterior al ingreso a las unidades penitenciarias, con lo cual nos indica que no solamente ingresaron personas con alto consumo de alcohol y drogas ilícitas, sino también con antecedentes en la búsqueda de tratamiento e incluso, de haberlo recibido. En relación al total de usuarios de drogas, el 23,5% recibió algún tratamiento para suspender el uso de drogas ilícitas (que son el 41,6% del total de quienes tuvieron intención de dejar el consumo). En tanto que, del total de usuarios de alcohol, el 8,4% estuvo en tratamiento antes de ingresar a las unidades penitenciarias (que representan el 28,1% del total de quienes tuvieron intención de dejar el consumo).

Gráfico 4.1. Consumo de alcohol y drogas y demanda de tratamiento antes del ingreso a las Unidades Penitenciarias. Argentina 2012



Entre las causas que motivaron a los entrevistados a intentar dejar el consumo de drogas, la más influyente es el daño ocasionado por las drogas –problemas de salud y consecuencias perjudiciales en el ámbito laboral y en las relaciones familiares– y la necesidad de mejorar en esos aspectos. En segundo lugar aparece el pedido de la familia, la pareja y los amigos como factor fundamental que empuja a intentar dejar el consumo.

El temor a ser descubiertos, las dificultades para conseguir la droga, la falta de dinero para adquirirla y los problemas legales y policiales que pudieran ocasionarles son considerados por la mayoría de los entrevistados como de poca importancia para abandonar el consumo.

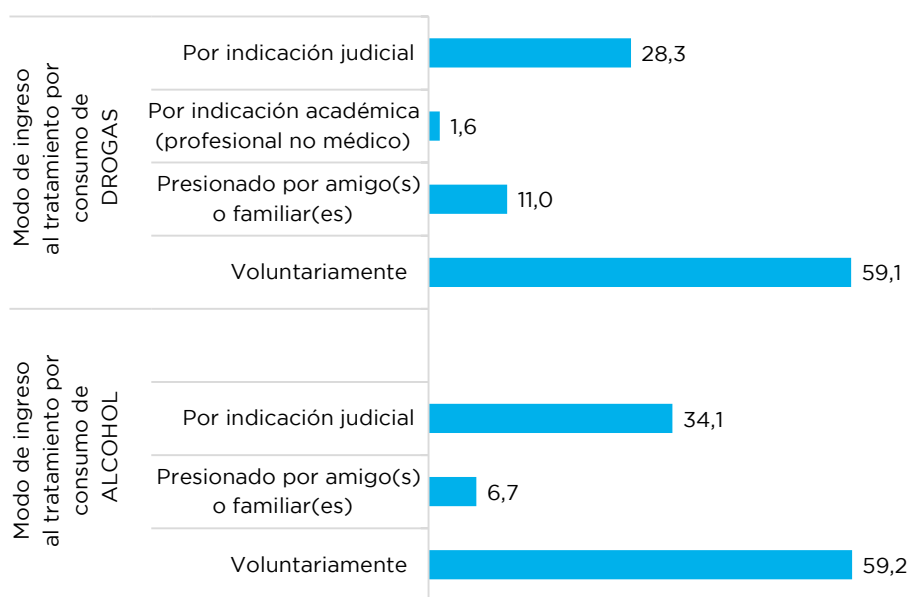
Cuadro 4.1. Importancia de las causas para intentar dejar el consumo de drogas (en porcentajes). Argentina, 2012

Causa en la intención de dejar el consumo de drogas	Importancia que tuvo la causa					Total
	Mucha	Bastante	Poca	Nada	Sin dato	
Porque le hacía daño (salud, trabajo, relaciones familiares) y quería mejorar	69,6	16,6	1,7	9,9	2,2	100
Por temor a que lo descubrieran (familia, pareja, amigos, etc.)	23	11,5	12,6	50,3	2,6	100
Por pedido de la familia, de los amigos, de la pareja	54,2	17,6	6,5	19,6	2,2	100

Porque le resultaba difícil conseguirla	3,7	2,6	6,3	84,5	2,9	100
Por los problemas legales o policiales que le provocaba	8,8	5,1	8	74,6	3,5	100
Porque no tenía plata para comprarla	5,2	3,4	7,7	80,8	2,9	100

El gráfico siguiente muestra cuál fue el modo de ingreso al tratamiento por ambas sustancias psicoactivas. El haber iniciado el tratamiento voluntariamente arroja el valor más alto tanto para abordar el tratamiento por consumo de drogas como de alcohol (poco más del 59%). En segundo lugar se presenta la derivación efectuada por un juzgado y en tercer lugar, por la presión ejercida por amigos o familiares.

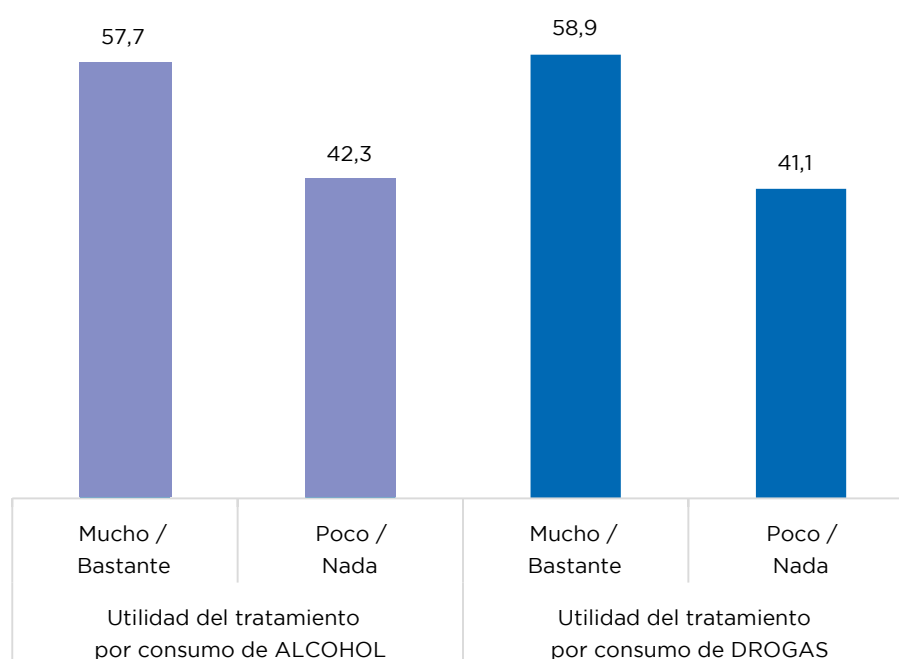
Gráfico 4.2. Modos de ingreso al tratamiento médico o psicológico por consumo de drogas y alcohol antes de la privación de libertad. Argentina, 2012



A quienes recibieron tratamiento, se les consultó cuál era su valoración del mismo. Entre los que valoran el tratamiento de forma positiva por consumo de alcohol y drogas (57,7% y 58,9%, respectivamente), sus principales comentarios –en el 54% de los casos– rescatan que el tratamiento recibido les permitió entender su problema, alimentar su fuerza de voluntad, incorporar nuevos valores y rescataron la terapia individual, grupal y familiar recibida con el objetivo de reinsertarse en la sociedad. El 24% destaca que le permitió revalorizar los vínculos primarios y aceptar la contención familiar ofrecida. El 22% menciona diversos aspectos generales tales como que el trabajo los distraía del consumo, al estar internado no se drogaban, la medicación los ayudaba a soportar el proceso de abstinencia y desvincularse de personas que ejercían influencia negativa.

Entre los que informan que el tratamiento por consumo de alcohol y drogas (42,3% y 41,1%, respectivamente) les sirvió poco o no les sirvió, el 68% de las respuestas hicieron hincapié fundamentalmente en la calidad del tratamiento recibido. Varios internos consideraron que el tratamiento ambulatorio no fue eficaz ya que necesitaban internación y recibir apoyo las 24 hs. Se iban de la sede y volvían a comprar drogas. Mencionan que había compañeros de tratamiento que llevaban drogas y allí consumían. Mentían a los terapeutas y compañeros, no resistía la presión del tratamiento y sus varias exigencias y obligaciones, la medicación que le proporcionaban los terapeutas los adormecían y al irse el efecto, querían volver a consumirla, porque solo los medicaban. El 32% de las respuestas apuntan a la falta de voluntad, interés y predisposición en encarar el tratamiento. Se daban cuenta que el consumo de drogas les hacía mal pero no podían seguir las exigencias del tratamiento o porque fueron pocas sesiones.

Gráfico 4.3. Utilidad del tratamiento médico o psicológico recibido por consumo de alcohol y drogas antes de la privación de libertad. Argentina, 2012

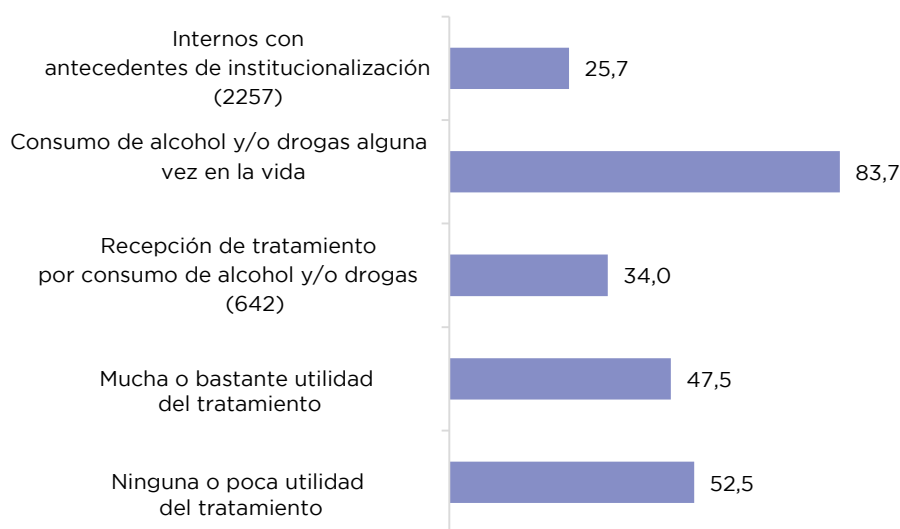


Sin embargo, el consumo de alguna droga ilícita en el último año (antes de realizar el estudio) en el grupo de personas que recibieron tratamiento por drogas, es del 56,6% y en aquellos que recibieron tratamiento por consumo de alcohol, es del 55,1%. Es decir, que una de cada dos personas que recibieron tratamiento durante el último año consumieron alguna droga ilícita.

#### ■ 4.1.1. Consumo y Demanda de tratamiento en la población con antecedentes de institucionalización antes de los 18 años

El 25,7% de los internos responden que estuvieron alojados o privados de libertad en algún Establecimiento y/o Programa del ámbito gubernamental o no gubernamental antes de los 18 años (2257 personas). Al momento del ingreso el 75,5% y el 54,5% consumía drogas y/o alcohol respectivamente, con lo cual de manera conjunta, el 83,7% tenía algún consumo de alcohol o drogas (1888 personas). El 34% de estos usuarios recibió algún tipo de tratamiento en las instituciones donde estaban alojados para dejar dicho consumo, y la evaluación que hacen del mismo es de poca o nula utilidad en la mitad de los casos. De hecho, según se mostró en el Cuadro 3.6 del capítulo anterior, el 55,5% de estas personas que recibieron tratamiento antes de los 18 años en dispositivos juveniles, son consumidores de alguna droga ilícita en los últimos 12 meses anteriores a realizarse este estudio.

Gráfico 4.4. Consumo, tratamiento por consumo de drogas o alcohol en Establecimientos y/o Programas, antes de los 18 años. Argentina, 2012



Entre los que valoran el tratamiento de forma positiva (47,5%), sus principales comentarios rescatan que el tratamiento recibido les permitió efectuar una reflexión interna sobre lo que estaban viviendo y comprender su propia problemática y así obtener la voluntad para realizar el cambio. El 74% de los internos destaca la ayuda terapéutica recibida de los profesionales, operadores y sus compañeros ya que les ayudó a comunicarse con la gente, les enseñaron a pensar y a darse cuenta que podían estar mejor. El 26% responde que la presión familiar los llevó a iniciar el tratamiento y por éste, reconocer la importancia de los vínculos primarios y el impacto que tenía en su familia el consumo de drogas.

De los que valoraron que el tratamiento no les sirvió (52,5%), el 71% responde que les faltó voluntad para encararlo y reconocen la importancia de

tomar la decisión personal para lograrlo. El 29% consideró que no les alcanzó la ayuda que les ofrecieron o que tomaron el tratamiento para “zafar de la justicia”. Otros reconocieron que salieron y se drogaron más porque estaban en situación de calle.

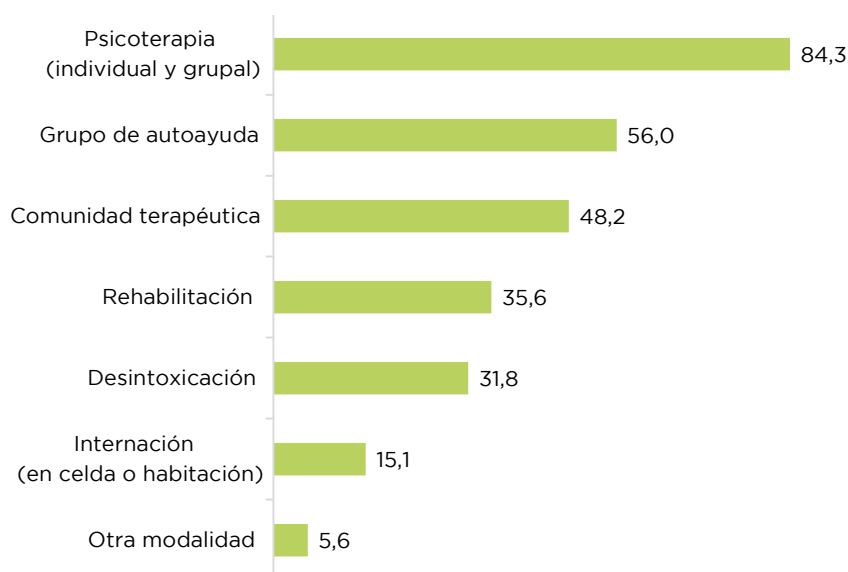
#### ■ 4.2. Tratamientos por consumo perjudicial de alcohol y drogas recibidos en la unidad penitenciaria

En los cuadros y gráficos siguientes, la información tiene como referencia el momento en que se llevaron a cabo las entrevistas (segundo semestre del año 2012). Las preguntas indagaron sobre la posible recepción en el recinto penitenciario de algún tipo de tratamiento por problemas de consumo de alcohol y drogas. En caso de haber reconocido consumos de alcohol y drogas y haber recibido tratamiento, se les consultó cómo ingresaron y la utilidad o no del mismo.

**Casi el 23% de los entrevistados (1879 personas representadas)** que consumieron drogas y/o alcohol alguna vez en la vida, recibió tratamiento durante la privación de libertad, lo que indica la existencia de oferta de dispositivos de atención específicos sobre adicciones en algunas unidades penitenciarias o la oferta de atención profesional para consumidores con intención de dejar el consumo.

Las modalidades de tratamiento que estos pacientes privados de libertad recibieron, y que no son excluyentes, principalmente son: asistencia psicoterapéutica individual y grupal (84,3%), en grupos de autoayuda profesionales y/o no profesionales (56%) y bajo la modalidad de comunidad terapéutica (48,2%).

Gráfico 4.5. Recepción y modalidad de tratamiento recibida en la unidad penitenciaria. Argentina, 2012



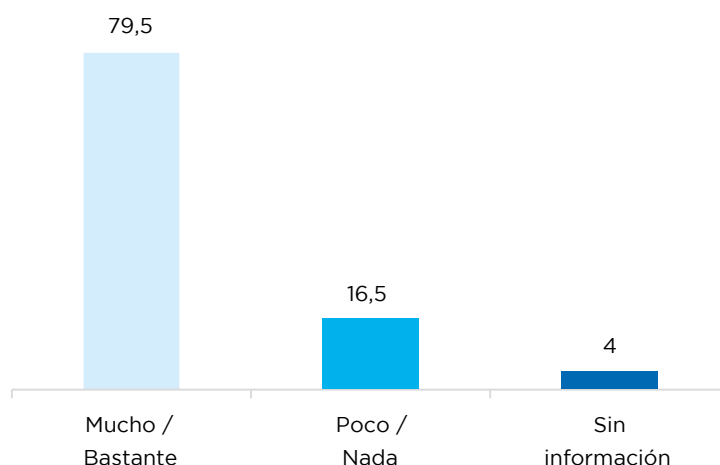
Cuadro 4.2. Tipo de sustancia por las que recibe tratamiento en unidades penitenciarias. Argentina, 2012

Tipo de Sustancias	Respuestas	
	Nº	%
Alcohol	412	12,2
Tabaco	104	3,1
Solventes o inhalantes	62	1,8
Marihuana	539	16
Cocaína	627	18,6
Pasta base	501	14,9
Tranquilizantes, sedantes, antidepresivos	294	8,7
Sin información	833	24,7
<b>Total</b>	<b>3372</b>	<b>100</b>

Las principales sustancias de consumo por las que los internos reciben tratamiento, son cocaína -18,6%-, marihuana -16%- y pasta base, casi 15%. Pudieron mencionarse más de una sustancia por persona.

Al preguntárseles sobre su percepción ante la eficacia del tratamiento, la mayoría (79,5%) respondió que le fue útil, como se observa en el gráfico siguiente.

Gráfico 4.6. Utilidad del tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en unidades penitenciarias. Argentina, 2012



En la totalidad de las respuestas está presente la modalidad de tratamiento ofrecida por los **Centros de Rehabilitación a Drogodependientes<sup>11</sup>** en funcionamiento en seis unidades penitenciarias federales. Se evidencia en los comentarios de los internos el trabajo efectuado por los profesionales y operadores en terapias individuales y grupales, con otros compañeros y con la propia familia.



Entre otros, los internos comentan que los aspectos que le sirvieron “mucho” o “bastante” fue la posibilidad de conocerse a sí mismos para cambiar actitudes que lo llevaron a consumir, compartir con otros su problemática, recibir contención, dialogar con los demás, la posibilidad de crecimiento personal y responsabilidad por sus actos. El fortalecimiento personal los ayudó a mejorar la relación familiar, poder decir lo que sienten sin ser juzgados, afloraron sus sentimientos, posibilidad de detectar las ansiedades, mayor conciencia y voluntad para no volver a consumir, poder decir las cosas que molestan, tener objetivos y cumplirlos.

Además, comentan que cambiaron su aspecto físico, mejoraron en el habla, tienen nuevo interés por crecer intelectualmente, poder decir “no” y desvincularse de las personas que les hacían daño.

Entre las personas que dicen que el tratamiento les sirvió “poco” o “nada”, los principales comentarios se refieren a la falta de voluntad para encararlo y en esos casos, consideran que necesitan internación. Un 7% de las respuestas de los internos hacen mención a que fueron expulsados del tratamiento por drogarse; no soportaron la disciplina ni la obligación de trabajar. Algunos mencionan que la medicación recetada no les quitó la adicción, solo adormecimiento y que veían que cada vez hay más consumo de drogas dentro de la unidad. Un 9,5% respondieron que recayeron al egresar luego de cumplir la condena.

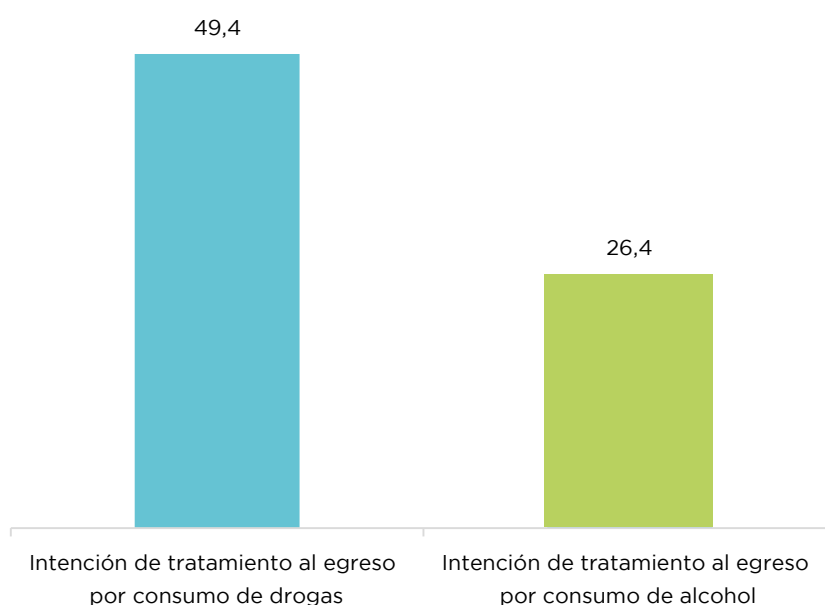
Se consultó a los internos con consumo de sustancias psicoactivas y que no tomaron tratamiento en la unidad penitenciaria, cuáles fueron sus motivos para no hacerlo. El 27,6% respondió que no había programas de tratamiento en el recinto, que no le interesó la oferta existente e incluimos también en este porcentaje, aquellos que afirman que no se les ofreció o que estaban esperando para comenzar. Casi el 60% de los internos respondieron que no tenían interés en realizar el tratamiento; algunos de sus argumentos fueron que no se consideraban adictos ya que consumen solo en ocasiones, “por vergüenza”, por no tener la voluntad necesaria, por haber dejado el consumo y también declaran que consumen por culpa del tratamiento ya que está basado en pastillas.

Cuadro 4.3. Intención y compromiso para realizar tratamiento por consumo de drogas en unidades penitenciarias. Argentina, 2012

Intención y Compromiso para...	%
Dejar de consumir alcohol y drogas un mes antes de ingresar al tratamiento?	50,6
Dejar el lugar donde está alojado para vivir en una unidad de tratamiento?	32,1
Tomar medicación prescrita por médicos?	25,9
Seguir las normas, horarios y actividades que el tratamiento requiera?	45,8
Firmar un Compromiso de Adhesión al Tratamiento donde consten los Derechos, Obligaciones, Prohibiciones y Restricciones a que estará sometido?	43,6
Continuar o iniciar una actividad productiva (laboral o educativa) durante el tratamiento?	50,5

Considerando la importancia que tiene la decisión de la persona para dejar de consumir, se consultó a los internos su disposición a comprometerse con distintos requerimientos para iniciar el tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas. En el cuadro anterior se observa que los internos tienen la intención y aceptarían los requisitos estipulados. El ítem que presenta un valor más bajo de aceptación -casi el 26%- es el de tomar la medicación prescrita por los médicos.

Gráfico 4.7. Intención para realizar tratamiento por consumo de drogas y/o alcohol al egreso de la unidad penitenciaria. Argentina, 2012



Tomando en cuenta la posibilidad de que los internos prefieran tomar un tratamiento por consumo de sustancias al egresar de la unidad penitenciaria, la consulta arroja que el 49,4% tiene la intención de efectuar tratamiento por consumo de drogas al recuperar su libertad. Con un menor valor -26,4%-, dicen que iniciarían tratamiento por consumo de alcohol.

También se les consultó si consideran que recibirían acompañamiento familiar para realizar el tratamiento. Informan en un 64,5% que sus familias lo acompañarían en el tratamiento por drogas. Por alcohol, responden afirmativamente el 42,4%.

#### ■ 4.2.1. Perfil de la población que recibió tratamiento en las unidades penitenciarias

El perfil de las personas que recibieron tratamiento por problemas de consumo abusivo o dependiente de sustancias psicoactivas en las unidades penitenciarias, son mayoritariamente varones, más del 40% tiene entre 25 a 34 años y lleva entre un año y hasta tres en situación de privación de libertad.

El dato preocupante, es que la prevalencia del consumo de alguna droga ilícita en los últimos 12 meses es del 32,3%, mayormente marihuana y cocaína (29,7% y 13,6% respectivamente). Más del 70% fuma tabaco y el consumo de alcohol fue reconocido por el 20,7% y de alcohol casero por el 9,2% de esta población.

Mencionaron que están medicados con algún tranquilizante (valium, lexotanil, alplax o rivotril), el 17.6%.

Cuadro 4.4. Perfil de la población privada de libertad que recibió tratamiento por consumo de alcohol o drogas en el SPF. Argentina 2012

Dimensiones	Grupos Específicos	%
Sexo	Varones	85,6
	Mujeres	14,4
Edad	18-24 años	26,3
	25-34 años	43,6
	35-49 años	25,5
	50 y más	4,6
Tiempo de privación de libertad	Menos de 1 año	27,5
	1 año o más y menos de 3	42,8
	3 años o más y menos de 6	20,3
	6 años o más y menos de 10	7,6
	10 años y más	1,9
<b>Consumo de alguna droga ilícita en los últimos 12 meses</b>		<b>32,3</b>

El análisis de los datos sobre consumo de alcohol y drogas, la intencionalidad de dejar este consumo, el acceso a algún tipo de tratamiento, la evaluación del mismo y el consumo sostenido de alguna droga ilícita en los últimos 12 meses, nos permite puntualizar algunos aspectos relevantes:

- ◆ El consumo de alcohol y drogas en esta población es casi siete veces más que en la población general y la intencionalidad del abandono del consumo estuvo presente en tres de cada diez internos -en relación al alcohol- y en seis de cada diez, -en relación a drogas ilícitas-, antes del ingreso a las unidades penitenciarias. Esta intencionalidad vuelve a manifestarse en los internos al momento de la entrevista: un 50% quisiera hacer un tratamiento al salir de la unidad penitenciaria por consumo de drogas y un 26% por consumo de alcohol.
- ◆ Un cuarto de los internos tienen experiencias de institucionalización cuando fueron niños y/o adolescentes y ocho de cada diez, ya presentaba consumo de alcohol y/o drogas ilícitas en el momento del ingreso a los establecimientos específicos.

- ◆ Los antecedentes de haber ingresado a algún tipo de tratamiento para dejar el consumo de alcohol o de drogas, se encuentran tanto en aquella experiencia de institucionalización como antes de haber ingresado a las unidades penitenciarias en donde se encuentran hoy, donde también, un 23% recibió tratamiento.
- ◆ Del total de personas que recibieron algún tratamiento en la unidad penitenciaria, el 11,5% había estado en tratamiento en algún dispositivo antes de los 18 años y el 30,6% había recibido un tratamiento antes de ingresar a la unidad.
- ◆ La evaluación que realizan aquellas personas que pasaron por experiencias de tratamiento, fue mejorando desde la adolescencia a la actualidad. En los establecimientos o programas penales o asistenciales en donde estuvieron alojados y además recibieron tratamiento, la evaluación positiva alcanzó al 47,5%, la evaluación positiva del tratamiento recibido antes de ingresar a las unidades penitenciarias fue del 59% y de aquellos tratamientos recibidos en la unidad penitenciaria, fue del 80%.
- ◆ El consumo de alguna droga ilícita durante los últimos 12 meses está presente en todos estos grupos. Entre quienes tuvieron tratamiento en la adolescencia, es del 55,5% y en un porcentaje similar en quienes pasaron por una experiencia terapéutica antes del ingreso a la unidad y en el grupo que recibió tratamiento en la unidad penitenciaria, el consumo alcanza al 32,3%.

## Capítulo 5

# Relación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos

Este capítulo responde al objetivo principal del estudio que es conocer la magnitud de la vinculación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos. Esta vinculación es presentada como una fracción atribuible, que muestra el porcentaje de los delitos cometidos y por los cuales existe una condena por parte del sistema judicial que está directamente vinculado al consumo y/o tráfico de drogas.

Se sostiene el término vinculación de manera intencional y con el propósito de evitar una lectura que adjudique determinación o causalidad al consumo de alcohol o drogas en relación a la comisión del delito.

Seguiremos los lineamientos teóricos elaborados por Paul Goldstein<sup>12</sup>, sin embargo es necesario realizar las siguientes apreciaciones. En primer lugar, el autor presenta tres modelos para establecer la conexión, siempre refiere a delitos violentos, a la conexión entre drogas y violencia o criminalidad violenta. En cambio, en el presente estudio hemos ampliado el criterio para considerar cualquier delito por el cual el detenido haya recibido condena. Otro aspecto que nos diferencia del modelo original, es la consideración de un cuarto tipo de vinculación que es la vinculación legal, es decir, se consideran los delitos tipificados por la ley de drogas vigente en el país, antes incluidos en la vinculación sistémica.

Realizadas estas consideraciones, se explicitan a continuación los sentidos de cada vinculación, entendidos como una tipología que permite operar los conceptos y estimar el fenómeno. En este sentido debe considerarse una aproximación metodológica que pretende estimar un fenómeno que es complejo y que se presenta heterogéneo según las poblaciones.

La vinculación de **tipo psicofarmacológica**, en el modelo de Goldstein considera a los individuos que pueden volverse irritables o irracionales como consecuencia de la ingestión de determinadas sustancias y como consecuencia manifiestan una conducta violenta. Las drogas que el autor considera son principalmente alcohol, estimulantes, barbitúricos y PCP<sup>13</sup> y se trataría de una criminalidad inducida. En el presente estudio, consideramos dentro de esta categoría a aquellos individuos que cometieron el delito por el cual están condenados bajo los efectos de alcohol y drogas y que declaran que no lo habrían cometido de no haber estado bajo esos efectos.

El modelo **económico** de Goldstein incluye a aquellos consumidores que participan de la criminalidad violenta para costear el consumo, por lo tanto, la motivación principal es conseguir dinero. En estos casos, las drogas más

<sup>12</sup> - Goldstein Paul (1995): "The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework". <http://www.drugpolicy.org/docUploads/nexus.pdf>

<sup>13</sup> - Clorhidrato de fenciclidina, polvo de ángel. Anestésico disociativo.

significativas, por su alto costo y por la adicción que generan, son la heroína y la cocaína. Este modelo excluye a los consumidores que tienen medios económicos para solventar su consumo. Agrega el autor que en su mayoría son hechos que sólo se vuelven violentos dependiendo del contexto social en que se realizan. En este estudio se consideró dentro de este tipo a cualquier individuo que declaró haber cometido el delito para conseguir dinero o medios para comprar drogas, independientemente de los niveles de adicción que el sujeto tuviera y de su nivel socioeconómico.

Por último, Goldstein propone el modelo **sistémico** para considerar los delitos que se cometen dentro de los sistemas y redes del tráfico y distribución de drogas ilegales. Contempla una criminalidad violenta como, por ejemplo: las disputas sobre territorios entre distribuidores de drogas rivales; asaltos y homicidios cometidos dentro de la jerarquía de distribución como medio de imponer códigos normativos; robos a distribuidores de drogas y represalias violentas; eliminación de informantes (mediante secuestros, homicidios, etc.); castigos por vender drogas falsas o adulteradas o por no pagar deudas; disputas sobre drogas o su parafernalia y robos violentos relacionados con la ecología social del control de áreas. Este modelo es el de mayor violencia, se trata de una criminalidad conflictiva generada por la ilegalidad del negocio. En nuestro estudio consideramos los mismos criterios que el autor.

Finalmente, en Argentina como en otros países de la región<sup>14</sup>, se ha introducido a esta tipología una cuarta vinculación denominada **legal**, que considera a todos los delitos que están tipificados en la ley de drogas del país, la Ley 23.737 y la Ley 25.246. Según este cuerpo normativo, son delitos la tenencia, la producción, la venta y comercialización, el tráfico, el mercado ilícito o desvío de precursores químicos y el lavado de dinero específicamente vinculado a drogas.

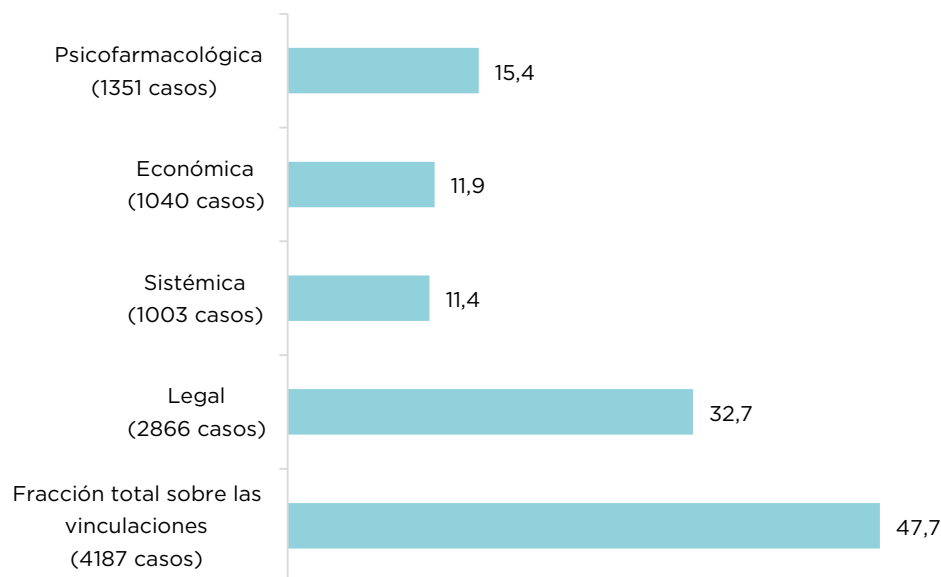
## ■ 5.1. Estimaciones sobre la vinculación Droga-Delito

El universo bajo análisis lo constituyen 8771 personas privadas de libertad al momento de realizarse el estudio. Resulta importante aclarar que un mismo delito puede corresponderse a varios tipos de vinculaciones (por ejemplo un robo realizado bajo los efectos del consumo y también con el objetivo de conseguir dinero para comprar drogas) y es por ello que la fracción total atribuible de vinculación entre comisión de delitos y las diferentes instancias sobre la problemática de drogas, no resulta de la sumatoria simple de porcentajes o asociaciones específicas.

En el gráfico siguiente se muestra el porcentaje de delitos cometidos que tuvieron asociación con drogas según el tipo de vinculación; la fracción total atribuible a las vinculaciones es de 47,7%.

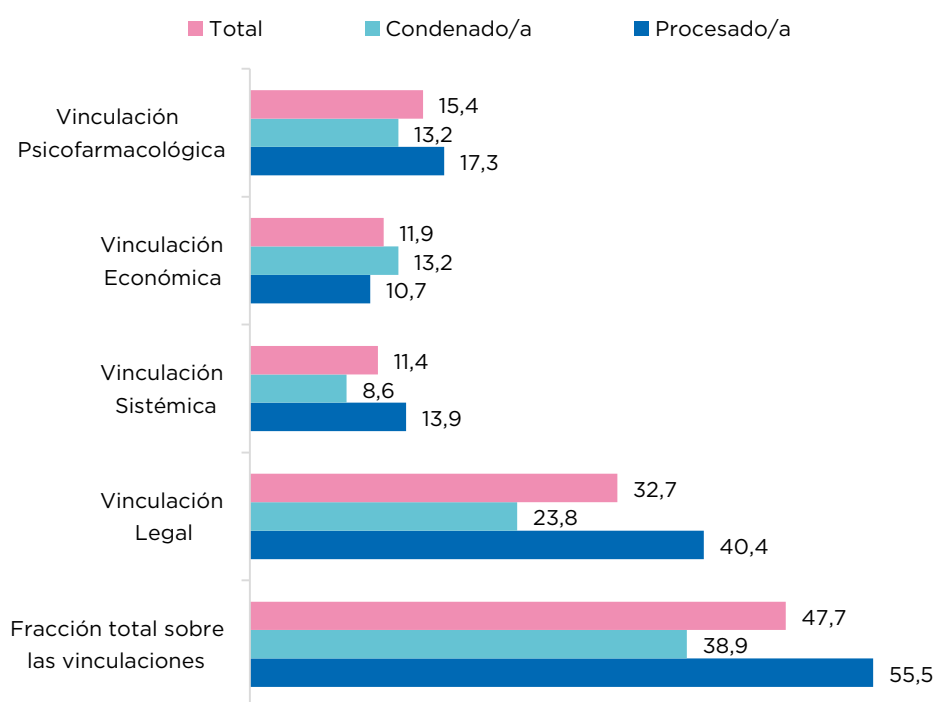
14 - La CICAD-OEA organizó una reunión de expertos de diferentes países, en febrero de 2007, para definir una metodología común para estimar la vinculación entre droga y delito en población privada de libertad. Participaron Argentina, Chile, Costa Rica, Colombia y Canadá. En esta reunión los expertos coincidieron en incorporar el vínculo de tipo legal y también información sobre si la víctima del delito estaba bajo los efectos de consumo de alcohol o drogas, de manera de considerar al consumo de drogas como indicador de vulnerabilidad frente al delito.

Gráfico 5.1. Tipo de vinculación Droga-Delito en población privada de libertad del SPF. Argentina, 2012



El siguiente gráfico muestra las diferentes vinculaciones entre el consumo de drogas y la comisión de delitos según la condición judicial de las personas, brindando la posibilidad de diferenciar la magnitud de la asociación según la población privada de libertad tenga o no sentencia sobre el delito imputado.

Gráfico 5.2. Tipo de vinculación Droga-Delito según condición jurídica. Población privada de libertad del SPF. Argentina, 2012



Al ser tan importante el número de personas que aún no tienen condena y estando tan extendido el consumo de drogas en la población privada de libertad, consideramos necesario incluir en el análisis de las vinculaciones a la población en condición jurídica de procesada.

En el momento de la entrevista, el encuestador aclaró a los internos en esta situación jurídica que su respuesta no afectaría el estado de la causa penal por la que se encuentra detenido. De todas formas, es complejo captar la significación que tiene en dicha población las consecuencias en la resolución del juez, para absolverlo o condenarlo, por haber consumido sustancias psicoactivas en el momento del delito.

Algunos estudios permiten abordar la incidencia que tiene en el proceso judicial el haber consumido alcohol y drogas en el momento del delito.

En el artículo *“El trastorno mental transitorio: implicancias jurídicas y médico-legales”*, el autor analiza ciertas perturbaciones mentales, en el marco delictivo, que pueden determinar distintos grados de imputabilidad de la persona que cometió un hecho delictivo. Dichas perturbaciones mentales se las describen dentro de una delimitación médico-legal.

El artículo 34, inc 1º del Código Penal de Argentina establece que no son punibles *“el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables a él, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”*.

El autor refiere el “estado de inconsciencia” a un Trastorno mental transitorio (TMT) que puede ser completo o incompleto. En este último caso, el estado de inconsciencia solo sería un atenuante si bien no está contemplado taxativamente en nuestro Código Penal. También aclara que para que el TMT tenga un efecto atenuante no debe haber sido buscado como propósito para delinquir. La propuesta médico-jurídica fundamenta al TMT como una *“perturbación mental que anula parcial o completamente las facultades psíquicas con privación de la voluntad y el raciocinio, de duración limitada, que desaparece sin dejar secuelas y que no debe haber sido producida intencionalmente”*.

Afirma que los “estados de inconsciencia”, desde un punto de vista médico-legal, pueden ser provocados por intoxicaciones como el alcohol y drogas. Tienen la capacidad de variar la conducta, pueden transformar la personalidad e incluso llevar a la persona a situaciones de dependencia total respecto a la sustancia. Según el potencial del fármaco, puede producir completa perturbación mental asimilable a una enfermedad mental que anula el entendimiento y la voluntad.

El consumo de drogas, en especial las que mayor adicción provocan, pueden dar lugar a conductas que inciden en la imputabilidad por tres motivos, principalmente: a) la intoxicación de la sustancia que altera la capacidad cognoscitiva y volitiva del psiquismo, como el alcohol; b) por el síndrome de abstinencia que afecta su conducta, como la heroína; y c) por las patologías asociadas que las drogas comportan como los delirios paranoides, como las anfetaminas y la cocaína.

La mezcla de alcohol con sedantes (barbitúricos, benzodiazepinas, etc.), con cannabis, LSD o antidepresivos pueden provocar estados de incons-



ciencia que pueden ser contemplados dentro de los TMT.

Retomando el análisis sobre el gráfico anterior, se observa que en las personas sin sentencia la asociación es mayor en la problemática de drogas y la comisión de delitos, estableciendo una importante diferencia en la vinculación legal; es decir, existe una mayor presencia de delitos por infracción a la ley de drogas que aún no tienen condena.

En las vinculaciones psicofarmacológicas y económicas, que están determinadas por situaciones de consumo principalmente, se observa una menor distancia numérica entre procesados y condenados. En relación a este aspecto, y como se observó en el capítulo correspondiente, el consumo de drogas tiene un fuerte impacto en esta población que los iguala independientemente de los tiempos burocráticos que implica el proceso legal hasta llegar a la sentencia firme.

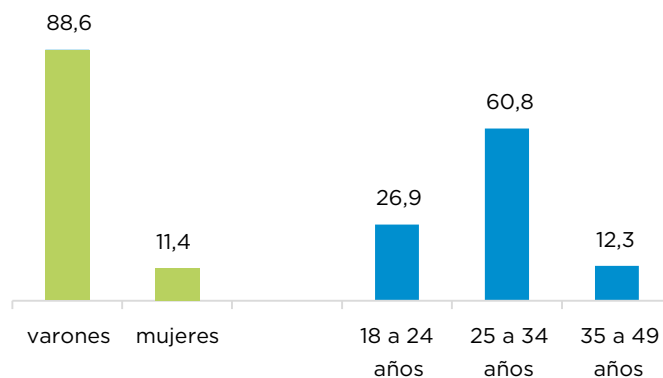
A continuación se presentan los análisis al interior de cada tipo de vinculación. Los mismos se realizarán sobre la población total sin distinguir por su situación jurídica, de manera de contar estadísticamente con un mayor volumen de casos que nos habilita a perfilar de mejor manera las características sociales y delictuales que se presentan asociadas al consumo y/o tráfico de drogas.

## ■ 5.2. Vinculaciones de los delitos atribuibles al consumo de drogas

### 5.2.a Vinculación Psicofarmacológica

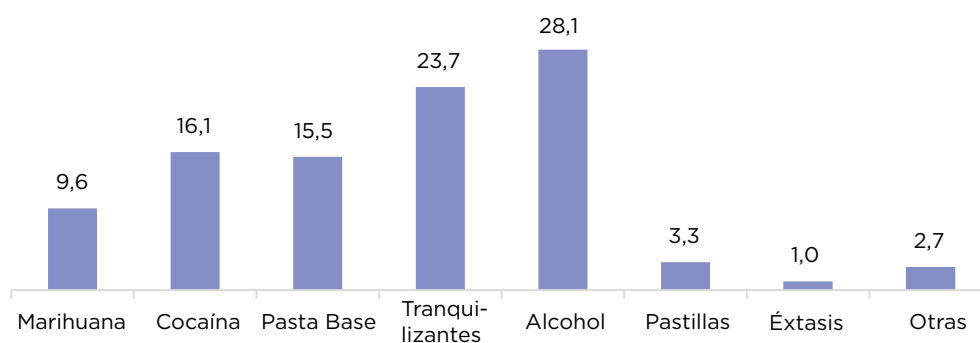
El 15,4% (1351 casos) de las personas entrevistadas cometieron delitos estando bajo los efectos de droga y/o alcohol y sin cuyo consumo el mismo no se hubiese cometido. La comisión de delitos bajo la influencia de alcohol y drogas se concentra particularmente en la población entre 25 a 34 años de sexo masculino.

Gráfico 5.3. Distribución por sexo y edad de la población privada de libertad del SPF que cometió delitos con vinculación psicofarmacológica. Argentina, 2012



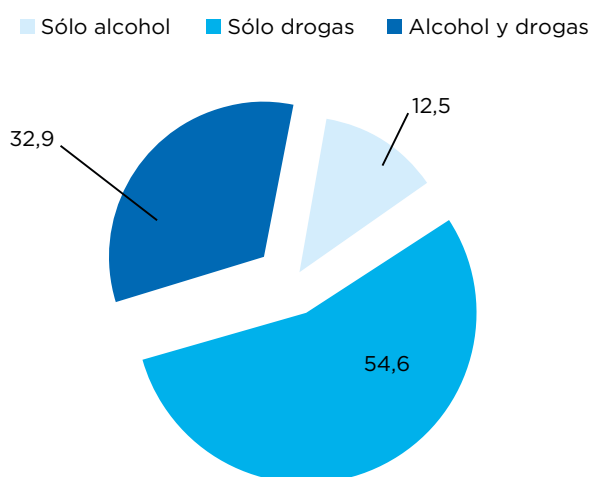
Las sustancias que estuvieron presentes en la comisión de delito, son principalmente alcohol (28,1%), tranquilizantes (23,7%) y, con porcentajes similares entre 15% y 16%, pasta base y cocaína.

Gráfico 5.4. Sustancias consumidas durante la comisión del delito con vinculación psicofarmacológica. Argentina, 2012



En el 54,6% de los delitos con vinculación psicofarmacológica, el consumo fue exclusivo de drogas, en el 12,5% solo de alcohol y en el casi 33% hubo mezcla de alcohol y otras drogas.

Gráfico 5.5. Patrón de consumo presente durante la comisión del delito con vinculación psicofarmacológica. Argentina, 2012



Cuadro 5.1. Consumo exclusivo de DROGAS durante la comisión del delito con vinculación psicofarmacológica. Argentina, 2012

Tipo de Drogas	Respuesta Múltiple	
	Nº	%
Marihuana	158	15,9
Cocaína	231	23,3
Pasta Base	263	26,5
Tranquilizantes	286	28,8
Pastillas	38	3,8
Otras	18	1,8
<b>Total</b>	<b>993</b>	<b>100</b>

Cuadro 5.2. Consumo combinado de ALCOHOL y DROGAS durante la comisión del delito con vinculación psicofarmacológica. Argentina 2012

Consumo combinado de Alcohol y Drogas	Respuesta Múltiple	
	Nº	%
Marihuana	45	8,4
Cocaína	112	20,9
Pasta Base	67	12,6
Tranquilizantes	217	40,7
Pastillas	32	5,9
Éxtasis	22	4,1
Otras	40	7,4
<b>Total</b>	<b>534</b>	<b>100</b>

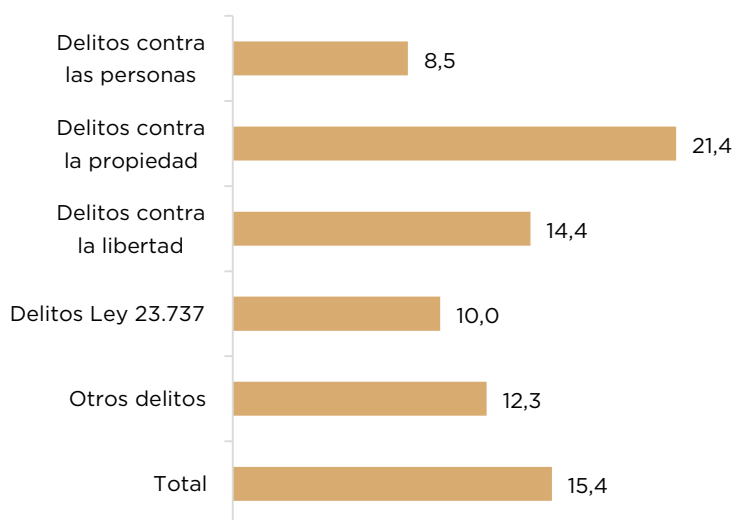
De la totalidad de las respuestas dadas, vemos que las principales sustancias usadas por los entrevistados que consumieron exclusivamente **drogas ilícitas** son los tranquilizantes, pasta base y cocaína. En el caso de aquellos que consumieron en el mismo momento **alcohol** y **drogas**, se presentan las mismas sustancias recientemente mencionadas y son los tranquilizantes la droga mayoritariamente combinada con alcohol.

Cuadro 5.3. Tipo de delitos con vinculación psicofarmacológica. Argentina, 2012

Tipo de Delitos	Casos	%
Delitos contra las personas	56	4,1
Delitos contra la propiedad	818	60,5
Delitos contra la libertad	90	6,6
Delitos contra la integridad sexual	22	1,6
Delitos Ley 23.737	276	20,5
Otros delitos	90	6,6
<b>Total</b>	<b>1351</b>	<b>100</b>

Analizados los tipos de delitos cometidos bajo la influencia del consumo de alcohol o drogas, el 60,5% de los encuestados cometió delitos contra la propiedad y le siguen en importancia, los delitos vinculados a la Ley 23.737 con un 20,5%.

Gráfico 5.6. Tasa de delitos con vinculación psicofarmacológica por tipo de delito. Argentina, 2012



En el gráfico anterior podemos observar el porcentaje de delitos con vinculación psicofarmacológica que está presente en los distintos tipos de delitos. Entre las personas que cometieron delitos contra la propiedad, el 21,4% lo realizó bajo los efectos del consumo de sustancias y afirman que no lo hubiesen cometido de no haber consumido. Las principales sustancias consumidas durante la comisión de los delitos contra la propiedad fueron tranquilizantes y alcohol. Asimismo, se destaca que el grupo etario de 25 a 34 años es el que presenta el porcentaje más alto en la comisión de este tipo de delito.

El 10% de los delitos relacionados con drogas –que en total son 276 casos– se produjeron bajo los efectos del consumo principalmente de cocaína, pasta base y marihuana.

Con el propósito de profundizar en el impacto que el consumo de alcohol y drogas tiene, no solamente en el victimario, sino también en la víctima, en el cuestionario se indagó sobre el consumo por parte de las víctimas de los delitos.

En los delitos con asociación psicofarmacológica que venimos analizando, en el 13,9% de los casos habían consumido tanto la víctima como el victimario. Podemos suponer que el consumo de alcohol y drogas en las víctimas ha sido un elemento que sumó vulnerabilidad a su condición o, en el peor de los casos, ha sido la causante de su vulnerabilidad. Los delitos en los cuales hubo víctimas con consumo son fundamentalmente los delitos contra la propiedad y contra las personas. En el 57,6% de los casos la víctima no presentaba indicadores de consumo de alcohol o drogas, según las declaraciones de su victimario.

Cuadro 5.4. Situación de consumo de drogas o alcohol de la Víctima y el Victimario durante la comisión del delito. Argentina, 2012

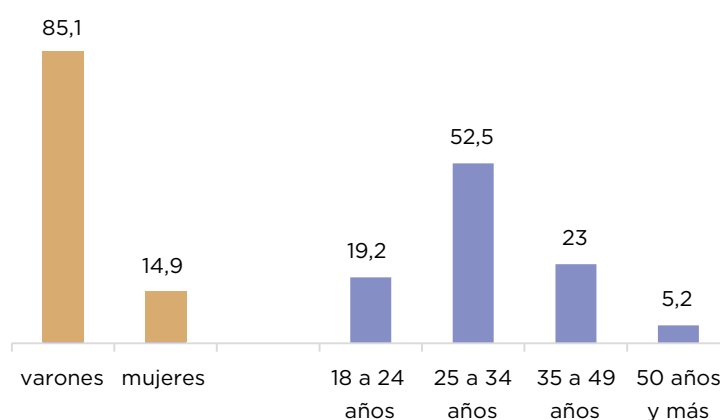
Consumo Víctima / Victimario	%
Víctima y Victimario bajo el efecto de drogas/alcohol al ocurrir el delito	13,9
Víctima sin consumo y Victimario bajo el efecto de drogas/alcohol	57,6

### 5.2.b Vinculación Económica

El 11,9% (1040 casos) de los hechos delictivos por los que fueron imputados los encuestados, fueron cometidos con el objetivo de obtener fondos o recursos para comprar drogas.

La composición por edades de este grupo de personas muestra una importante presencia de jóvenes de 25 a 34 años, del 52,5%.

Gráfico 5.7. Distribución por sexo y edad de la población privada de libertad del SPF que cometió delitos con vinculación económica. Argentina, 2012

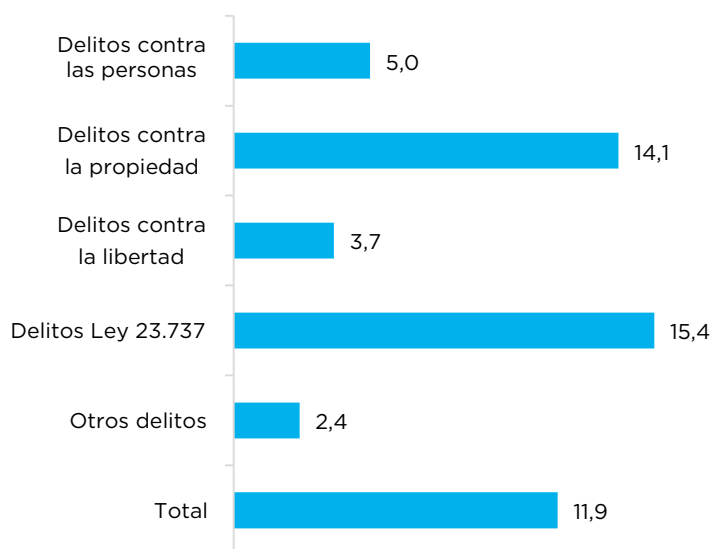


Cuadro 5.5. Tipo de delitos con vinculación económica. Argentina, 2012

Tipo de Delitos	Casos	%
Delitos contra las personas	33	3,2
Delitos contra la propiedad	538	51,7
Delitos contra la libertad	23	2,2
Delitos Ley 23.737	424	40,8
Otros delitos	22	2,1
<b>Total</b>	<b>1040</b>	<b>100</b>

Se observa que los delitos contra la propiedad y aquellos relacionados con la Ley de Estupefacientes son los delitos con mayor presencia en la vinculación económica, 51,7% y casi 41%, respectivamente.

Gráfico 5.8. Tasa de delitos con vinculación económica por tipo de delitos. Argentina, 2012



La tasa mayor de delitos con vinculación económica se presenta en los delitos enmarcados en la Ley de Estupefacientes -en un 15,4%- como indicador de que muchos consumidores y seguramente consumidores compulsivos y con signos y síntomas de adicción se involucran en tareas de venta y comercialización para sostener su consumo. Le sigue en importancia, y con un valor similar del 14,1%, los delitos contra la propiedad.

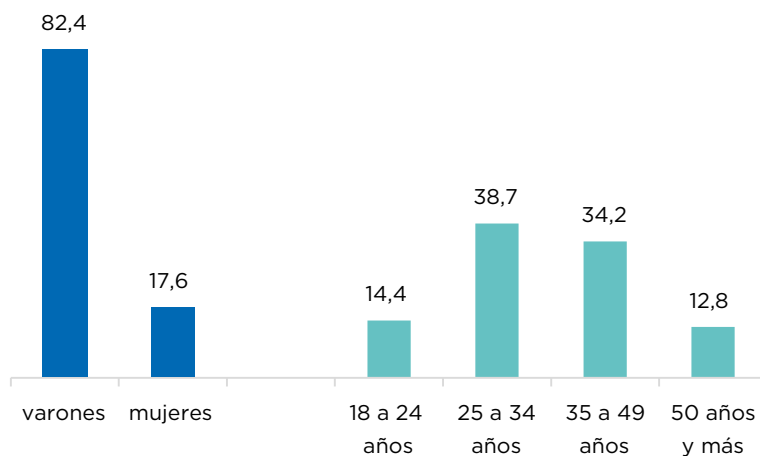
La comisión del delito con el objetivo de comprar alcohol o drogas, supone que están involucradas personas con **abuso** o **dependencia** del consumo, de tal manera de no poder controlar el uso e incluso cometer delitos para poder acceder a la sustancia. Los encuestados que declararon la motivación de comprar drogas como impulsora de la comisión del delito, el consumo abusivo de alcohol está presente en el 23,4% de los casos. Personas con signos y síntomas de dependencia se registraron en un cuarto de los que consumieron cocaína y fumaron marihuana y en el 17,5% de los que consumieron pasta base.

### 5.2.c Vinculación Sistémica

Los delitos que se cometieron en el marco de la venta, comercialización, disputas por territorios, y que son hechos violentos como amenazas, ajustes de cuentas, secuestros, homicidios, etc., representan el 11,4% (1003 casos) del total de delitos cometidos vinculados a la temática de drogas.

La comisión de este tipo de delito se concentra particularmente en la población entre 25 a 49 años de sexo masculino.

Gráfico 5.9. Distribución por sexo y edad de la población privada de libertad del SPF que cometió delitos con vinculación sistémica. Argentina, 2012

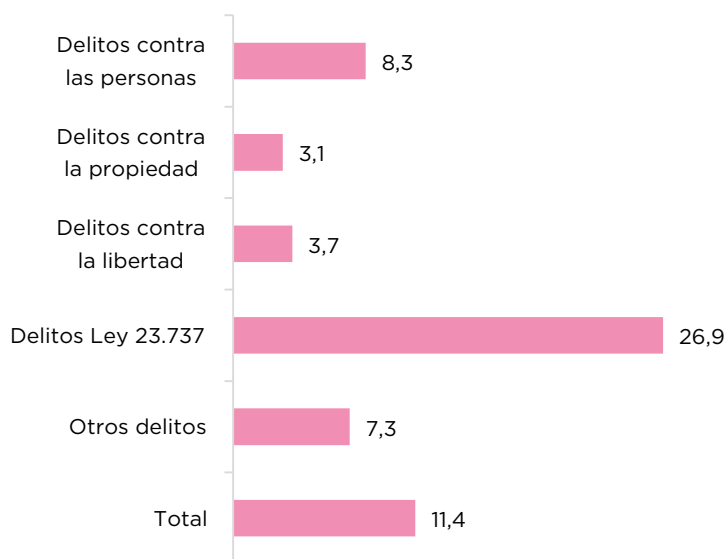


Cuadro 5.6. Tipo de delitos con vinculación sistémica. Argentina, 2012

Tipo de Delitos	Casos	%
Delitos contra las personas	55	5,5
Delitos contra la propiedad	117	11,7
Delitos contra la libertad	23	2,2
Delitos Ley 23.737	742	74
Otros delitos	67	6,6
<b>Total</b>	<b>1003</b>	<b>100</b>

Respecto de los delitos cometidos bajo esta vinculación en relación con el total de delitos, se observa el porcentaje mayor en los delitos enmarcados en la Ley de Estupefacientes con un 74%.

Gráfico 5.10. Tasa de delitos con vinculación sistémica por tipo de delitos. Argentina, 2012



En el gráfico anterior podemos ver el porcentaje de delitos con vinculación sistémica que está presente en los distintos tipos de delitos. Según se observa, la tasa más alta de los delitos es la del 26,9%, correspondiente a los enmarcados por la Ley 23.737.

## 5.2. d Vinculación Legal

Los delitos vinculados con drogas, según las respuestas dadas por la población privada de libertad en el SPF, representan el 32,7% (2866 casos).

La comisión de este tipo de delito se concentra particularmente en la población entre 25 a 49 años de sexo masculino.

Gráfico 5.11. Distribución por sexo y edad de la población privada de libertad del SPF que cometió delitos con vinculación legal. Argentina, 2012

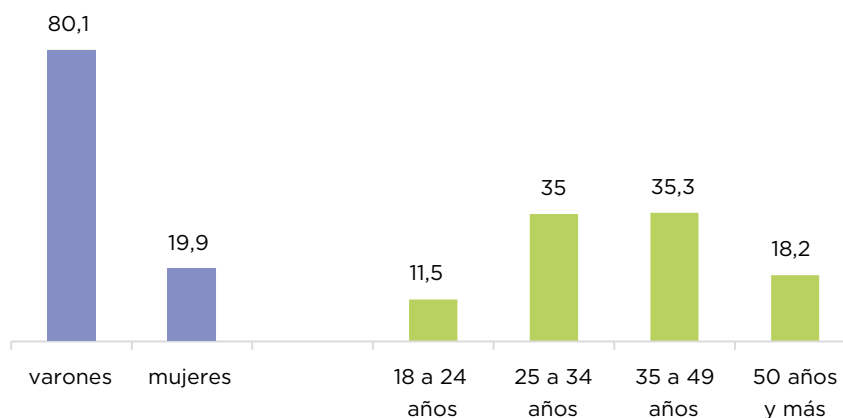
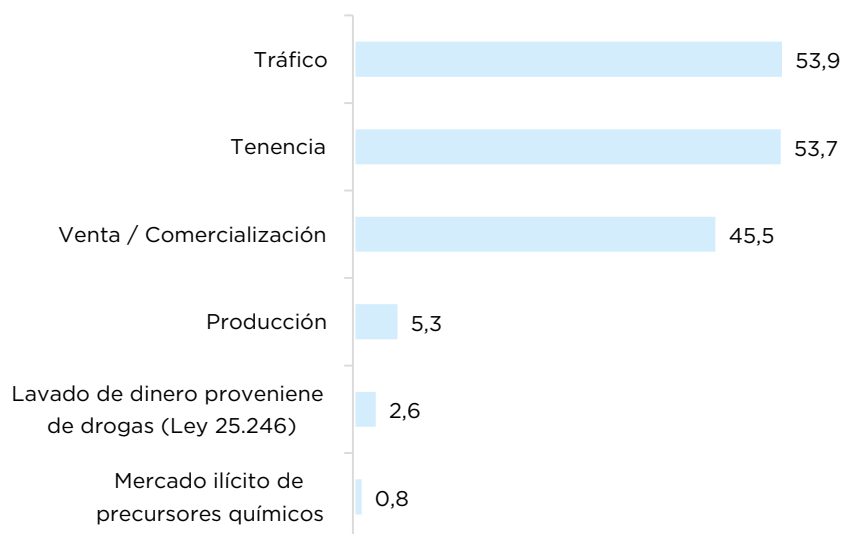




Gráfico 5.12. Tipo de delitos por infracción a la Ley 23.737. Argentina, 2012



Al tipificar los delitos vemos que los dos porcentajes mayores refieren a tráfico (53,9%) y a tenencia de estupefacientes (53,7%). El delito de venta / comercialización también alcanza un valor significativo, con un 45,5%.

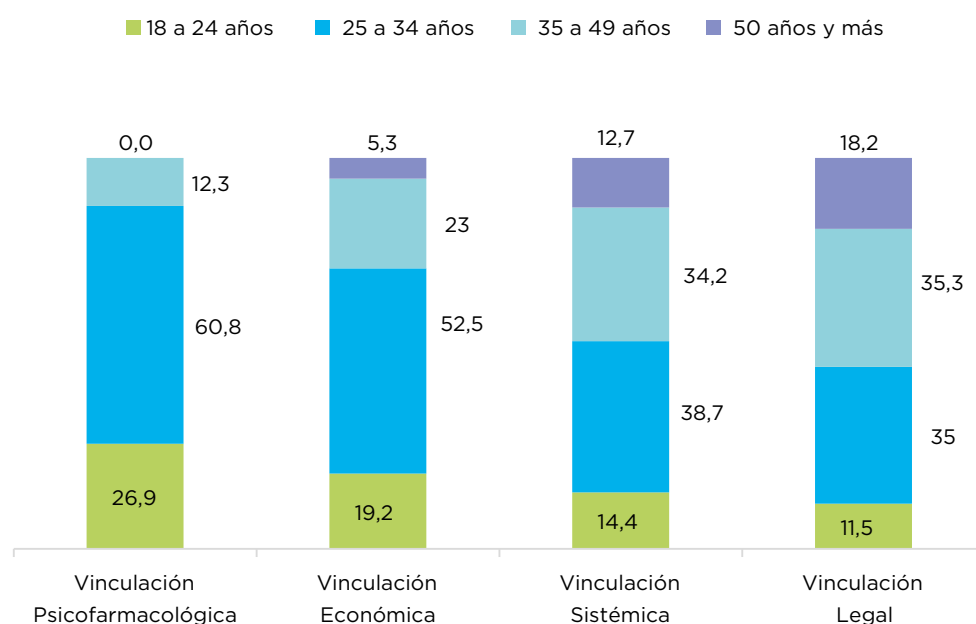
### ■ 5.3. Una mirada en conjunto de los vínculos entre droga y delito

En este ítem del estudio el objetivo es reflexionar sobre los perfiles que fueron descritos anteriormente en relación a los delitos que tuvieron algún tipo de vinculación con el consumo y/o tráfico de drogas.

Desde el punto de vista de la composición por grupos de edad según tipo de vinculaciones, la mayor presencia de jóvenes de 18 a 24 años se encuentra en los delitos que se cometieron bajo los efectos del consumo de alcohol y/o drogas. En este mismo segmento la presencia de mayores de 50 años es nula.

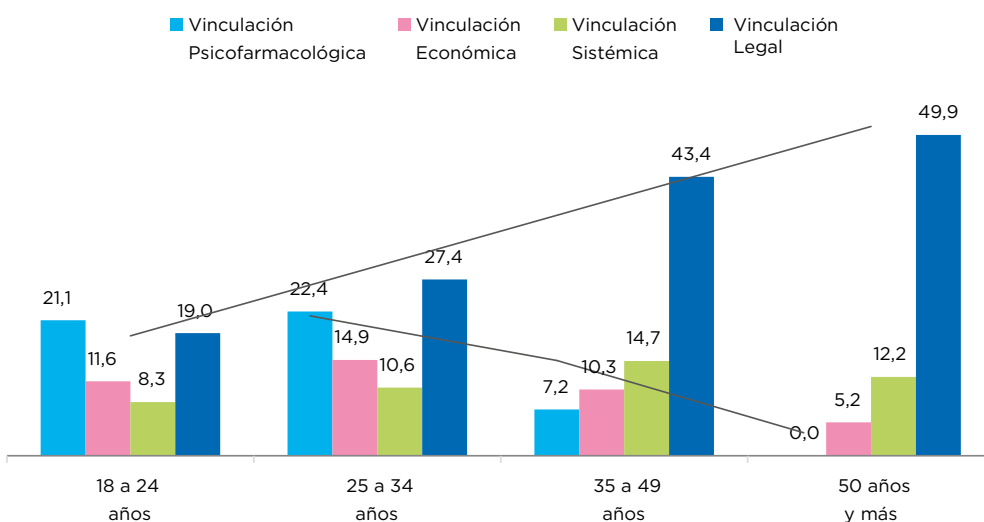
La vinculación psicofarmacológica es mayor entre los jóvenes de 25 a 34 años (60,8%). También es muy marcada la vinculación económica entre los jóvenes de esta franja etaria (52,5%). Entre los delitos con vinculación sistémica y legal, la presencia de jóvenes de hasta 24 años no llega al 15%, por lo que es mayor la presencia de personas adultas.

Gráfico 5.13. Distribución por edad de la población privada de libertad del SPF según tipo de vinculación. Argentina, 2012



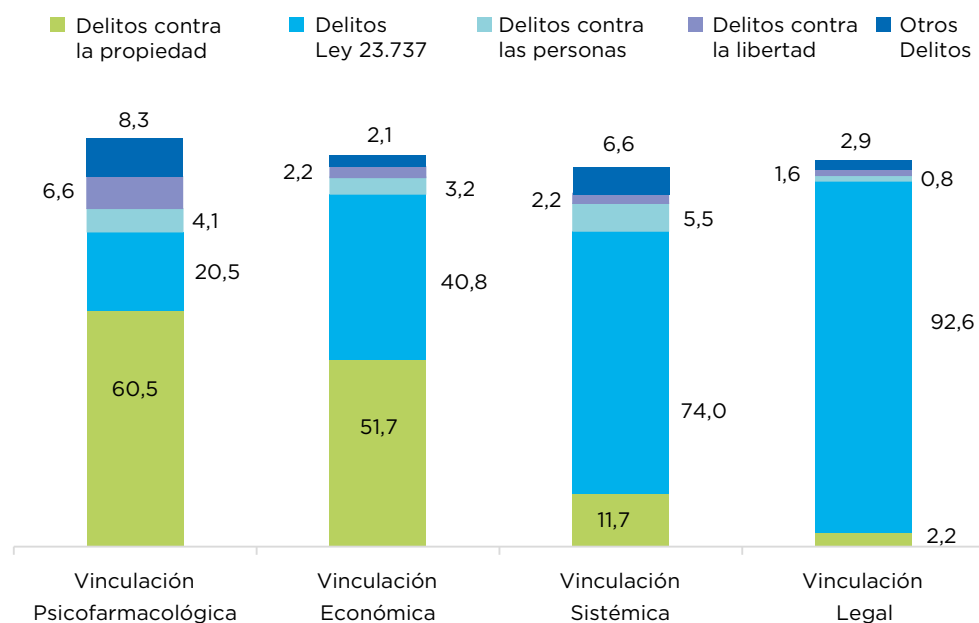
Al observar las tasas de delitos de cada tipo de vinculación según grupos de edad, el gráfico siguiente muestra que, mientras los delitos de vinculación psicofarmacológica y económica tienen un peso mayor entre los jóvenes de 18 a 34 años, los delitos sistémicos y legales son cometidos en mayor medida por personas mayores de 35 años.

Gráfico 5.14. Tasa de delito por grupos de edad, según tipo de vinculaciones. Argentina, 2012



De esta manera, vemos una línea de tendencia creciente en la edad de las personas involucradas en delitos relativos a la Ley de Estupefacientes. Lo opuesto ocurre en los delitos cometidos bajo efectos del consumo de sustancias psicoactivas en donde al aumentar la edad decrece la comisión de estos delitos.

Gráfico 5.15. Tipo de delitos cometidos según tipo de vinculación. Argentina, 2012

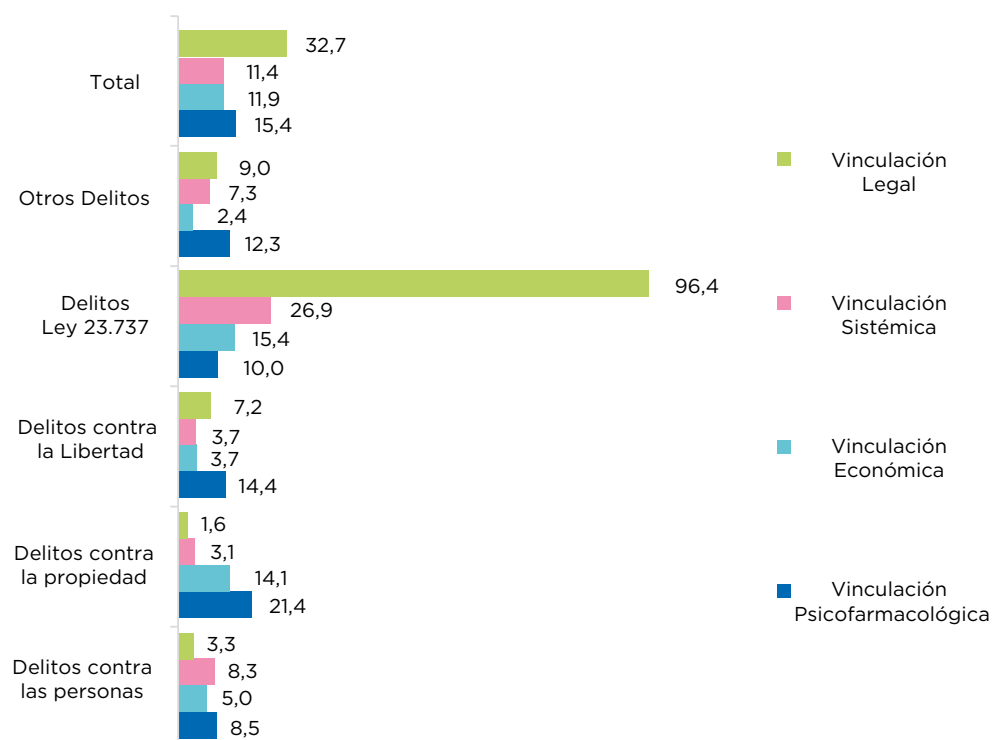


Se observa una fuerte presencia de personas que estuvieron bajo los efectos del consumo de alcohol y/o drogas (60,5%) y de aquellos que buscaban dinero para comprar sustancias psicoactivas (51,7%) durante el momento de efectuar **delitos contra la propiedad**.

El mayor grupo de personas que cometieron **delitos contra la libertad**, se encontraban bajo el efecto de sustancias psicoactivas (6,6%).

Es destacable el número de personas que cometieron delitos vinculados a **la Ley de estupefacientes** con el objetivo de conseguir dinero para comprar drogas (40,8%).

Gráfico 5.16. Tasas de delitos por tipo de delitos según tipo de vinculaciones. Argentina, 2012



Los **delitos contra la propiedad** presentan un porcentaje mayor de casos -21,4%- en los cuales sus responsables estuvieron bajo los efectos de alcohol o drogas. La necesidad de dinero para comprar drogas es notoria en este tipo de delito (14,1%).

Entre los **delitos contra la libertad** también es marcada la presencia de personas que consumieron en el momento del delito si lo comparamos con las otras vinculaciones.

## Capítulo 6

# Funcionamiento y modalidad de tratamiento de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (CRD)

### ■ 6.1. Introducción y Antecedentes

En el marco del presente estudio se consideró importante recabar información sobre los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (CRD) que funcionan en seis Unidades del Servicio Penitenciario Federal a fin de conocer la modalidad de tratamiento ofrecida en los centros, el estado de desarrollo y las necesidades para la atención de la población privada de libertad con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

La elaboración del presente capítulo se realizó en base a entrevistas personales y telefónicas a profesionales de equipos técnicos, supervisores, referentes y jefes de CRD, de las provincias de Buenos Aires, Chaco y Chubut. También se consultó información provista por fuentes secundarias. Para la realización de las entrevistas se aplicó una guía de 19 preguntas, la mayoría de respuesta abierta.

A partir de la Ley 23.737 sancionada en el año 1989, se dispone que el Servicio Penitenciario Federal y los Servicios Penitenciarios Provinciales debían contar en cada unidad de un lugar donde, en forma separada del resto de los internos, atender a la población privada de libertad con consumo de drogas. En el año 1996 la Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad (Ley 24.660) dispuso que los establecimientos penitenciarios debían alojar de manera independiente y brindar tratamiento a internos con problemática de consumo de sustancias psicoactivas y capacitar al personal en los diferentes roles a cubrir para atender las diferentes necesidades de esta población.

El Servicio Penitenciario Federal da cumplimiento de estas disposiciones legales en el año 1995 con la inauguración del CRD “Madre Teresa de Calcuta” en la Unidad N° 3 para internas mujeres. Un año más tarde se crea el Centro Federal de Tratamientos Especializados para Jóvenes Adultos “Malvinas Argentinas”, ubicado en el Complejo Federal para Jóvenes Adultos que aloja a internos de 18 a 21 años. El funcionamiento de estos Centros contaba con el “Programa de Asistencia a aplicarse en los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes”, aprobado por Resolución N° 1691/95.

A mediados de 2008, la dirección del Servicio Penitenciario Federal soli-

citó a la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) realizar una evaluación y posteriores recomendaciones para perfeccionar los programas de prevención y atención del uso de drogas y del VIH que se implementan en las unidades penitenciarias<sup>15</sup>.

El 26 de marzo de 2012 el Servicio Penitenciario Federal Argentino aprueba el “Reglamento único de funcionamiento de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (RU)” para ser aplicado en los centros de las unidades penitenciarias federales de todo el país. La implementación del reglamento permite unificar los criterios de funcionamiento y de inclusión y exclusión de los internos pacientes.

Dicho reglamento fue elaborado por la Dirección de Sanidad a partir de un encuentro realizado entre los titulares y operadores de los Equipos Interdisciplinarios de los Centros de Rehabilitación para Drogadependientes del Área Metropolitana, en conjunto con la Dirección Principal de Trato y Tratamiento. Asimismo, han tomado intervención el Departamento de Estudios y Proyectos, la Dirección de Auditoría General y el Servicio de Asesoramiento Jurídico permanente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Los CRD dependen de la Dirección principal de Trato y Tratamiento (psicopatología), Dirección General de Régimen Correccional del Servicio Penitenciario Federal. En el caso de que la Unidad no cuente con Director de Tratamiento en su estructura, el CRD dependerá directamente del Director de la misma.

Para los internos con problemas de abuso de drogas, no alojados en los CRD, se diseñó un programa no residencial denominado “Asistencia Grupal para Adictos” (AGA), que se encuentra en funcionamiento en las Unidades del SPF.

Para los internos con patología dual – personas con problemática de consumo de sustancias psicoactivas y con algún trastorno psiquiátrico-, se diseñó el Programa PROTIM que, junto con el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA), atiende a esta población.

El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y el Ministerio de Salud dispusieron la creación del PRISMA con el objeto de tratar la problemática de mujeres y hombres alojados en los establecimientos del Servicio Penitenciario Federal, tanto especializados en materia psiquiátrica como en las Unidades que cumplan con los criterios de admisión establecidos para este programa.

En el marco de la Ley 26.657 de Salud Mental, el PRISMA dispone del área de Evaluación, de Tratamiento y de Egreso que, junto con actividades específicas, tiene el propósito de atender a las personas con trastornos mentales alojadas en cárceles.

— 15 - Se hace mención a algunas de las conclusiones efectuadas por la ONUDD en el punto cuarto del presente estudio, “Conclusiones y Recomendaciones” —

## ■ 6.2. Modalidad institucional de funcionamiento

### Objetivos de los CRD

Según el Reglamento Único de funcionamiento de los CRD (RU), el objetivo principal es llevar a cabo las medidas de Seguridad Curativas previstas en los artículos 16, 17 y 18 de la Ley N° 23.737, brindando tratamiento a personas privadas de su libertad, comprometidas en el uso de sustancias psicoactivas y apoyándose en los ejes clínico y social.

También el propósito de los CRD es realizar docencia e investigación para la capacitación y formación permanente del personal, a fin de promover recursos humanos especializados y generar un abordaje asistencial integral.

### CRD en Unidades penitenciarias del SPF

Al momento de la realización del estudio, estaban en funcionamiento los siguientes CRD:

- ◆ “Beata Teresa de Calcuta” (2005) – Complejo Federal IV, Ezeiza – Pcia. de Bs.As.
- ◆ Centro Federal de Tratamientos Especializados para Jóvenes Adultos “Malvinas Argentinas” (1996) – Complejo Federal para Jóvenes Adultos. Marcos Paz – Pcia. de Bs.As.
- ◆ “San Agustín” (2005) – Complejo Penitenciario Federal I. Ezeiza – Pcia. de Bs.As.
- ◆ “Vientos de Cambio” (2006) – Unidad 7 – Prisión Regional del Norte, Resistencia - Chaco.
- ◆ “San Camilo de Lelis” (2007) – Unidad 6 – Instituto de Seguridad y Resocialización, Rawson - Chubut.
- ◆ “Intihuasi” y “Tabebuias” (2011) – Complejo Penitenciario Federal del Noroeste Argentino, Gral. Güemes – Salta.

### Coordinación

La Junta de Admisión, Asistencia y Permanencia (JAAP) es el órgano responsable de las políticas de admisión al CRD, la observación de casos puntuales y las exclusiones, expulsiones, altas y cambios de fase de los residentes. Es presidida por el Director/Jefe del CRD y constituida por los Jefes del Equipo Interdisciplinario y del Área Orden Interno, así como representantes de cada una de los Servicios que comprenden el tratamiento.

El Gabinete Técnico-Criminológico y el Equipo Terapéutico del CRD confeccionan y actualizan en forma conjunta el Programa de Tratamiento Individual (PTI) de los internos incorporados al tratamiento en el CRD, considerando la rehabilitación de la drogadependencia uno de los objetivos a cumplir.

## Normativa interna

### Reglamento de disciplina y Sistema normativo

En el marco del tratamiento brindado en el CRD, los Residentes<sup>16</sup> deben cumplir con un doble sistema normativo, aceptado voluntariamente al momento de la firma del Compromiso de Adhesión al Programa. Ellos son:

1. Reglamento de Disciplina para los Internos
2. Sistema Normativo del Programa de Tratamiento.

El *Sistema Normativo del Programa Terapéutico* está conformado por Normas de Convivencia (ej., lenguaje inapropiado, robos, etc.) y de Orden e Higiene (ej., cumplimiento de horarios, orden en pertenencias personales, etc.) y será conocido por todos los integrantes del CRD, tanto por los Residentes como por los miembros del Equipo Terapéutico.

La trasgresión a alguna de estas normas implicará para el Residente la obligación de cumplir con una medida educativa, no considerada sanción, enfocada al aprendizaje de conductas. Dichas medidas educativas podrán incluir un llamado de atención, enseñanza entre pares, tiempo para pensar, reprimenda verbal, limitación de la comunicación grupal o destierro, entre otras.

En el caso de las conductas evaluadas como una falta al *Reglamento de Disciplina de los Internos*, se aplicará la sanción correspondiente sin que ello implique necesariamente la expulsión del CRD. Las faltas graves serán evaluadas particularmente por la JAAP quien decidirá la medida a aplicar.

### Requisa

Con la intención de garantizar la eficacia del tratamiento y la seguridad de los Residentes y del equipo terapéutico, el RU dispone que se efectúen controles periódicos a fin de evitar el ingreso de sustancias psicoactivas o cualquier otro elemento considerado inadecuado.

El Director/Jefe del CRD, o cualquier miembro de la JAAP, podrá solicitar a la autoridad correspondiente que se realicen requisas en las instalaciones del CRD cuando lo considere necesario. También los Operadores Socio Terapéuticos están facultados para realizar inspecciones oculares diariamente.

Cuando los Residentes se reintegran al CRD luego de haber asistido a un comparendo, al hospital, a una visita de penal a penal, etc. se le realizarán los controles necesarios y si el Operador u otro miembro del Equipo Terapéutico observaran indicadores que el Residente puede estar bajo el efecto de sustancias psicoactivas, podrá solicitar al Servicio Médico la realización de los análisis clínicos correspondientes, sin requerir autorización judicial.

### Programación de visitas familiares y sociales

Con la intención de elaborar un diagnóstico familiar presuntivo, que será adecuado a lo largo del tratamiento, el RU propone que se concreten *visitas domiciliarias* a los familiares o allegados de los Residentes ya que brindan información complementaria necesaria para el tratamiento y bene-



fician la continuidad del mismo.

Se informa que uno de los objetivos del Programa es alentar la construcción o reconstrucción de vínculos sociales saludables extramuros, brindando herramientas al Residente para que según su avance en el tratamiento, pueda establecer paulatinamente contactos con el exterior e ir adquiriendo responsabilidad en sus acciones.

La re vinculación familiar se fomentará desde el Programa de Tratamiento cuando el Equipo Terapéutico considere que resulta conveniente para el Residente, conforme a los estadios que él mismo vaya atravesando. Se busca la participación de la familia para apoyar y trabajar junto con la persona que está intentando rehabilitarse pero no siempre es posible por falta de voluntad de la familia o del propio interno o por las distancias entre el lugar donde está ubicado el penal y el lugar de residencia del interno. Este problema se detecta fundamentalmente en las unidades penitenciarias del interior que alojan a internos de la provincia de Buenos Aires. La supervisora informa que se tienen previsto implementar las *visitas extraordinarias por razones de distancia* organizándose visitas de familiares con duración de una semana. Cuando finaliza este período de visitas se trabaja con el residente los aspectos que se movilizaron durante este encuentro. También, entre otras medidas para favorecer los vínculos familiares, se trabaja a partir de “videoconferencias”.

Se autoriza la *visita de reunión conyugal* en el caso que la misma no represente un vínculo patológico y pueda afectar negativamente al proceso que está encarando el Residente. Asimismo, se busca ampliar las *visitas de hijos menores* cuando correspondiera, a los efectos de fortalecer la relación paternal. También se tiene previsto flexibilizar las *visitas entre internos* al considerarlas terapéuticas para el programa de tratamiento integral de los residentes.

Se resalta en el Reglamento que la visita familiar no tiene carácter obligatorio para la permanencia del Residente en el Programa de tratamiento.

## Equipo terapéutico

### Recursos Humanos

Los directivos entrevistados informan que los Residentes son atendidos por todos los profesionales que atienden en todo el Complejo carcelario, otros profesionales y técnicos trabajan de manera exclusiva en el Centro.

En el Reglamento se detalla el personal necesario para el funcionamiento adecuado de un CRD, divididos según el tipo de dedicación exclusiva o parcial:

*Dedicación exclusiva:*

- ◆ Jefe del CRD
- ◆ Encargado del Cuerpo de Operadores
- ◆ Operadores

- ◆ Jefe del Equipo Interdisciplinario (Profesional con formación terapéutica)
- ◆ Psicólogo
- ◆ Asistente Social
- ◆ Docente
- ◆ Profesor de Educación Física
- ◆ Terapeuta Ocupacional
- ◆ Enfermero
- ◆ Escribiente
- ◆ Personal de Despacho.

*Dedicación Parcial:*

- ◆ Médico Clínico
- ◆ Médico
- ◆ Psiquiatra
- ◆ Médico Ginecólogo (en unidades que alojen internas residentes)
- ◆ Médico Infectólogo
- ◆ Odontólogo
- ◆ Abogado
- ◆ Asistente Espiritual

Según información provista por la Supervisora de los CRD, se intenta que haya por lo menos 2 operadores socioterapéuticos por turno y por pabellón.

**Capacitación y Supervisión**

En el citado reglamento se informa que el Personal Superior, el Subalterno del Escalafón Profesional como General serán capacitados en forma previa a su incorporación al equipo terapéutico del CRD y que la misma se mantendrá en forma continua y permanente.

Los Cursos de Formación para Operadores Socio-Terapéuticos propuestos son teórico-vivenciales y preferentemente dictados en el establecimiento donde está ubicado el CRD. La mayoría de los operadores antes se desempeñaban como celadores y se los capacita para cumplir la nueva función.

Se nos informa que para la puesta en marcha de los dos primeros Centros creados, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) realizó la capacitación

en base al modelo de Comunidad Terapéutica Profesionalizada y Cerrada y que las posteriores capacitaciones realizadas son diseñadas según esta base.

También en el RU se proponen diferentes alternativas de capacitación permanente, tales como participar de pasantías, seminarios, conferencias relacionadas con la temática de la dependencia a sustancias psicoactivas, cursos externos o mediante becas de especialización. También, realizar pasantías en Comunidades Terapéuticas del medio libre, efectuar intercambios entre equipos de diferentes CRD y promover actividades de formación en materia de tratamiento para personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en la órbita de los Institutos de Formación del Servicio Penitenciario Federal y contar con espacios de capacitación en servicio.

Antes de instalar un CRD en una unidad penitenciaria se organizan encuentros de formación con personal del penal para bajar las resistencias que se generan cuando comienza a funcionar el centro. La supervisora destaca que hace 17 años, cuando se implementó el primer CRD hubo una gran resistencia institucional; ahora los obstáculos disminuyeron, incentivando la realización de tratamientos.

Se realizan **supervisiones externas** para evaluar el funcionamiento del Programa y la modalidad de trabajo encarada por el Equipo Terapéutico y el estado psicofísico en que se encuentran. Para ello, en estos espacios, se deberá tener en cuenta la realización de actividades grupales de contención para los miembros del Equipo Terapéutico, entre otras acciones. Los espacios de supervisión externa estarán a cargo de un equipo de trabajo conformado por personal idóneo, que cuente con formación y experiencia en la temática.

## Población atendida

### Criterios de incorporación, exclusión, expulsión y reincorporación

Los criterios establecidos por el RU establecen que se **incorporarán** al programa los internos a los que se diagnostique consumo problemático de sustancias psicoactivas y que manifiesten por escrito su voluntad de realizar el tratamiento, debiendo firmar un Compromiso de Adhesión al Tratamiento. Los internos que sean usuarios ocasionales de sustancias psicoactivas serán derivados a programas ambulatorios existentes o a crearse en las Unidades.

Un interno es incorporado al CRD luego de la evaluación del Equipo Técnico del mismo a partir de la Junta de Admisión, Asistencia y Permanencia (JAAP). Si bien se toma en cuenta a los internos derivados por el Poder Judicial, resulta indispensable la entrevista para establecer la voluntad del interno en incorporarse al programa. Asimismo, se dará prioridad a la incorporación de aquellos internos que no hayan realizado tratamiento por drogodependencia en el establecimiento con anterioridad. Asimismo, se prioriza el ingreso de internos primarios o reincidentes en la comisión de delitos.

Cuando la persona ingresa al penal se completa una planilla donde se realiza una batería de preguntas sobre, entre otras, la o las drogas que han consumido, la edad de inicio, el posible consumo familiar. Se intenta hacer

un mapa que les permita trabajar con conocimiento acabado sobre la situación de la persona. También se realizan charlas informativas y se trabajan distintas estrategias de sensibilización para generar la demanda entre los internos en los que se detectó consumo de sustancias psicoactivas o bien, por información provista de los juzgados.

Una de las psicólogas entrevistadas comenta que en el equipo intentan despertar el interés de los internos para que participen del tratamiento en el CRD. Son varios los internos que no reconocen la necesidad de tratamiento; por lo tanto, se trabaja con ellos informándolos. Tienen que hacer un importante trabajo de información y sensibilización y luego de detectar problemas de adicción, les informan sobre la propuesta. Uno de los motivos de resistencia a iniciar tratamiento en el CRD es el “aislamiento”. Otros quieren continuar con el consumo, por lo tanto no pueden ser trasladados al CRD ya que está totalmente prohibido.

Si bien al CRD solo ingresan los internos que voluntariamente han decidido encarar el tratamiento, una de las personas entrevistadas menciona que suele haber presión del juez o de la familia para que se lo incorpore. También comenta que los internos no llegan al CRD por decisión personal ya que por sus propias características como adicto, tienen una carga con “dolor psíquico” que les dificulta reconocer su situación. También por eso es que en general no hay Lista de Espera porque el residente no pide ingresar. No se producen vacantes y hay dificultades para el traslado. Tienen residentes adictos que han pasado hasta diez veces por comunidades terapéuticas.

En cambio, otro directivo menciona que en el Complejo Penitenciario hay lista de espera de 7 a 10 personas. La supervisora comenta que en todos los CRD se intenta generar una “lista de espera”. A las personas que están esperando entrar al CRD se les ofrece realizar tratamientos ambulatorios, todos los internos tienen esa oferta. En las unidades de máxima seguridad se está pensando la ampliación del cupo pero ese es un proceso que tiene que seguir cada centro, en cada unidad. Se destaca que para armar un CRD se está quitando espacio de alojamiento y se eliminan celdas para crear oficinas, habitaciones/celdas, baños, cocina, etc.

La propuesta del RU es generar CRD para procesados y CRD para condenados y así alojarlos en forma separada. También buscan diferenciar el lugar de alojamiento para jóvenes adultos de los adultos.

Un requisito al que se le da importancia es que se procura que los internos que se incorporen al CRD no se encuentren cercanos a la obtención de la libertad condicional, transitoria o beneficio similar, de manera de poder contar con el tiempo suficiente para completar el tratamiento. Además, se procura ingresar al CRD a los internos condenados que tengan por delante cuatro o cinco años de condena por cumplir, de manera que el egreso coincida la finalización del tratamiento con la condena.

En caso de que el interno se encuentre en la fase final del tratamiento, con mucho tiempo faltante para el cumplimiento de la condena, al egreso del CRD se lo derivará a pabellones específicos creados para alojar a egresados de este tipo de tratamiento o a programas del tipo de la Metodología Pedagógica Socializadora.

Se informa que la vinculación familiar no es un criterio determinante para el

ingreso al CRD sino un objetivo a lograr en el avance de las fases del tratamiento. En caso de no contar con un familiar para la firma del Compromiso de Adhesión al Tratamiento, puede solicitarse la presencia de un referente externo o un representante de una ONG. Se considera parte importante del tratamiento trabajar con personas a las que el residente considere un referente, familiar o alguien que él elija. Hay internos que hace mucho tiempo que están detenidos y perdieron vínculos con su familia. En este caso, buscan una persona que cumpla el rol de referente externo con el que asumen un compromiso (por ej., sacerdote, bibliotecaria, etc.).

A pesar de la propuesta del RU en relación a afianzar los vínculos familiares -tal como se mencionó en párrafos anteriores- varios Jefes de los CRD entrevistados mencionan las dificultades que encuentran ya que los residentes provienen de lugares de residencia distantes de las unidades penitenciarias. Especialmente, en el caso de unidades penitenciarias del interior del país provienen de Provincia de Buenos Aires o son extranjeros, de países limítrofes.

El reglamento establece que serán **excluidos** del tratamiento en el CRD a los internos que presenten grave deterioro psíquico y/o físico, incompatible con el programa terapéutico tales como psicosis, oligofrenias, demencias, trastorno antisocial de la personalidad severo o deterioro cognitivo grave. En todos los casos se analizará el diagnóstico psicológico y psiquiátrico presuntivo previo.

Tampoco serán incorporados aquellos que por su comportamiento o conducta intracarcelaria, no puedan ser contenidos por el sistema del CRD o que se encuentren bajo tratamiento psicofarmacológico, hasta que el médico tratante considere que pueda retirarse la medicación sin que se produzca una descompensación. En el caso de internos con consumo problemático y que requieran tratamientos de desintoxicación, son atendidos por el psiquiatra del penal quien realiza un seguimiento dándole la medicación que requiera para crear la deshabituación a las sustancias de manera paulatina.

Los internos que se encuentren detenidos por delitos vinculados al tráfico de drogas no se incorporarán al tratamiento en el CRD y en caso de presentar diagnóstico de drogadependencia serán derivados a programas específicos existentes o a crearse en el ámbito del SPF.

La **expulsión** de los residentes se podrá concretar cuando la JAAP evalúe falta de compromiso por parte de los residentes con los objetivos del tratamiento tales como tener en su poder sustancias psicoactivas, incluyendo bebidas alcohólicas o elementos para producirlas. En el caso de los psicofármacos deberán contar con prescripción médica y serán administrados por personal sanitario o bajo la firma del operador.

También serán expulsados los residentes que protagonicen cualquier acto de violencia y/o intimidación, el mantener relaciones sexuales sin autorización, faltas graves de disciplina e incumplimiento general con el Compromiso de Adhesión al programa.

Para considerar la **reincorporación** al CRD de un Residente que haya egresado por expulsión, renuncia voluntaria al tratamiento o egreso del establecimiento en libertad, se analizará el caso en particular teniendo en cuenta sus antecedentes, en su paso por el programa de tratamiento. Un requeri-

miento es que debe haber pasado un lapso mínimo de 6 meses para incorporarlo nuevamente.

Más abajo se detalla la cantidad de población atendida según sexo y edad<sup>17</sup> la capacidad de atención del CRD y la cantidad total de recursos humanos con dedicación exclusiva que intervienen:

Cuadro 6.1. CRD: Población objetivo y población alojada. SPF. Argentina, 2012

CRD	Población alojada	Capacidad de cobertura	Sexo	Edad	Cantidad de recursos humanos
CPF IV (exU3 - Instituto Correccional de Mujeres). Beata Teresa de Calcuta. Bs.As. (Ezeiza)	25	40	Mujeres	A partir de los 20 años	30
CFJA (U24 / Módulo V U24V - Complejo Federal para Jóvenes adultos. Malvinas Argentinas - Bs.As. (Marcos Paz)	27	44	Varones	De 18 a 21	25
CPF 1 - Complejo Penitenciario Federal I. San Agustín - Bs.As. (Ezeiza)	24	24	Varones	A partir de los 21 años	13
U.7 - Prisión Regional del Norte - Vientos de Cambio - Chaco (Resistencia)	11	14	Varones	A partir de los 21 años	12
U.6 - Instituto de Seguridad y Resocialización. San Camilo de Lelis - Chubut (Rawson)	19	19	Varones	A partir de los 21 años	15
CPF 3 - CFNOA - Complejo Penitenciario Federal del Noroeste Argentino. Intihuasi-Salta (Güemes)	7	8	Mujeres	A partir de los 21 años	12
CPF 3 - CFNOA - Complejo Penitenciario Federal del Noroeste Argentino. Tabebuías-Salta (Güemes)	8	10	Varones	A partir de los 21 años	12
	<b>121</b>	<b>159</b>			<b>119</b>

### 6.3. Modelo de abordaje terapéutico

Los CRD funcionan bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica Profesional Cerrada, similar a las del medio libre, pero con las adecuaciones y adaptaciones necesarias tomando en cuenta el ámbito de privación de la libertad. La supervisora de los CRD nos dice que se intenta que las comunidades sean lo más parecido a las comunidades terapéuticas del medio libre pero no se pierde de vista que las personas están privadas de su libertad.

El modelo de abordaje hace hincapié en la necesidad de separar temporal-

<sup>17</sup> - Los datos corresponden al momento de realizarse la encuesta entre noviembre del 2012 y enero del 2013. Se observa movilidad en la población alojada debido a nuevas incorporaciones y egreso de residentes.

mente del medio libre a las personas que han cometido delitos y poseen conductas adictivas. Desde el contexto institucional se realiza una puesta de límites al considerar *“que el adicto no es capaz de manejarlos desde su interioridad”*. De esta manera, coexiste la modalidad de tratamiento del CRD con el Reglamento de Disciplina de todos los internos alojados en la unidad penitenciaria en su totalidad.

El tratamiento en el CRD tendrá una duración mínima de 2 años y no debe superar los 3 años. Se deja constancia que la incorporación al tratamiento en el CRD no frenará el avance en la Progresividad del Régimen, que correrá en forma separada aunque complementaria con el desempeño del interno en el marco del Programa.

Se nos informa que se trabaja con una cantidad acotada de personas con el fin de abordar el tratamiento de manera personalizada; de esta manera, *“entran muchos pero finalizan pocos el tratamiento”*. El CRD funciona como un “embudo”, según las declaraciones de los entrevistados.

En el caso del CRD que aloja a jóvenes de 18 a 21 años, la principal dificultad para encarar un tratamiento por consumo de drogas se presenta por la edad de los residentes, ya que tienen condenas cortas y la duración del tratamiento es de 2 a 3 años. Se informa que es frecuente que cuando los jóvenes son trasladados al juzgado, no saben si regresan.

Otro problema se presenta en unidades que atienden a personas con períodos largos de condena, dado que la duración máxima prevista del tratamiento es de 3 años; según la reglamentación, culminado este plazo de tiempo el interno no puede permanecer en el CRD y debe retornar a los pabellones comunes, implicando ello un riesgo de reinicio del consumo.

Si bien los CRD funcionan según el Reglamento Único, hay situaciones que superan la reglamentación y deben pensar la forma de adecuarlo según las necesidades que se presentan. Uno de los Jefes de los CRD menciona que tienen un caso de una persona que dejó el CRD y ahora quiere volver por importantes problemas con su adicción. El reglamento dice que tiene que cumplirse un lapso de 6 meses para incorporarlo. El equipo de profesionales ve la urgencia de incorporarlo inmediatamente para que pueda continuar con el tratamiento.

Aún estas situaciones, comentan estar muy conformes con la modalidad de los tratamientos aplicados. En general responden que su efectividad depende de las características de personalidad y voluntad del residente, *“el mayor problema es la resistencia de la gente”*.

## Fases de tratamiento

La modalidad de tratamiento implementada incluye seis Fases cuya promoción es establecida por la JAAP según la evaluación que realizan del progreso de cada Residente. Este deberá cumplimentar de manera estricta el diagrama de actividades dispuesto para cada fase y además, la Junta evaluará si conviene que el residente regrese a la fase anterior o se incorpore a la siguiente.

Las seis fases son diferenciadas según el siguiente esquema:

### 1° Fase: Evaluación

Las entrevistas de Evaluación son realizadas por el Equipo Terapéutico del CRD, en forma de duplas asistenciales, integradas por miembros de diferentes áreas incluidos los operadores socios terapéuticos. Los internos serán entrevistados en forma individual como mínimo en tres oportunidades por duplas diferentes.

En las entrevistas se evaluará positivamente si el interno tiene la voluntad de dejar el consumo de sustancias psicoactivas, sostener alguna actividad productiva, laboral o educativa y proponer a algún familiar o referente externo que lo apoye en su decisión de incorporarse al tratamiento por su dependencia al consumo de drogas. Son considerados indicadores negativos para incorporarse al CRD que el interno esté atravesando la etapa de abstinencia con requerimiento de asistencia médica, diagnosticarse conductas de agresividad no controlada, impulsividad extrema, etc. o los criterios de exclusión más arriba mencionados.

Las duplas asistenciales informarán a los internos entrevistados las reglas que deberán cumplirse en el programa, así como confeccionar las listas de espera con los internos que reúnan los criterios de incorporación al tratamiento. La JAAP será quien autorice o deniegue el alojamiento en el CRD del interno. También dicha Junta evaluará la posibilidad de incorporación de los internos con consumo de sustancias psicoactivas alojados en Unidades Penitenciarias que no cuentan con CRD.

El alojamiento en el CRD se producirá cuando se termine esta Fase y se cuente con una vacante en el mismo, previa firma del Compromiso de Adhesión por parte del interno y de la JAAP.

## **2° Fase: Pre-Admisión**

En esta fase el Residente es alojado en las instalaciones del CRD con el propósito de observar su adaptación a las pautas y al funcionamiento del Programa; posteriormente la JAAP decidirá su permanencia o la expulsión.

Los objetivos a cumplir en esta fase serán los siguientes:

- ◆ Introyectar normas de bioseguridad, higiene personal y de su hábitat.
- ◆ Comprometer la participación en los distintos momentos del tratamiento.
- ◆ Contribuir al compromiso real de la familia o referente externo en el proceso de tratamiento - en el caso que la situación lo permita.
- ◆ Lograr una notoria disminución tensional agresiva-impulsiva.
- ◆ Mejorar el nivel de comunicación con sus pares y con el Equipo Terapéutico.
- ◆ Comenzar o continuar un proceso educativo formal e informal.

Durante esta Fase están suspendidas las visitas “ordinarias”, “extraordinarias”, “entre internos” y “de reunión conyugal”, privilegiándose la implementación quincenal de las “visitas familiares terapéuticas” que serán coordinadas por un miembro del Equipo Terapéutico.



En el RU se informa que el Residente se debe mantener en actividad fuera de su celda-habitación el mayor tiempo posible a los efectos de contrarrestar la tendencia a la abulia y a la desorganización que caracteriza a las personalidades adictivas.

### **3° Fase: Admisión**

Al momento de realizar el Acta de avance de Fase, la JAAP establecerá los objetivos para la Fase de Admisión para cada Residente. Los objetivos generales a cumplir en esta fase serán los siguientes:

- ◆ Superar las crisis esperables dentro del tratamiento
- ◆ Lograr la autoevaluación de su problemática.
- ◆ Sostener el proceso educativo formal e informal.
- ◆ Participar en capacitaciones de tareas que podrán ser aplicadas en la vida libre.
- ◆ Desarrollar la capacidad para apropiarse creativamente del tiempo libre.

Durante esta Fase, si el Residente evidenció una evolución favorable según la JAAP, ésta podrá autorizar el desarrollo de las visitas “ordinarias” y “de reunión conyugal” (con frecuencia mensual), además de mantener las “visitas familiares terapéuticas” en forma quincenal. También, los Residentes en esta fase podrán desempeñarse como orientadores de los nuevos Residentes respecto a las modalidades de vida e interacción en el Programa y participar en actividades deportivas con otros internos del penal.

### **4° Fase: Integración**

Los objetivos de la fase de integración son los siguientes:

- ◆ Establecer modelos comunicacionales funcionales con su familia y su contexto.
- ◆ Reelaborar un proyecto vital y personal, con metas y objetivos adecuados.
- ◆ Lograr la concientización, autovaloración y clarificación de la visión que tiene del mundo, de sí mismo y de sus semejantes.

En esta Fase, además de continuar con las visitas ya otorgadas, se encuentra la posibilidad de participar de visitas “extraordinarias”, se efectuarán actividades terapéuticas individuales y grupales y se realizarán “Almuerzos Familiares”. Las actividades mencionadas permitirán evaluar el avance del Residente en el tratamiento mediante la observación de sus patrones de interacción social y familiar.

### **5° Fase: Integración Plena**

Los objetivos a cumplir en esta Fase serán:

- ◆ Mantener los logros alcanzados en las Fases anteriores.
- ◆ Superar las frustraciones derivadas de las posibles alternativas de su si-

tuación legal.

- ◆ Trabajar en lograr cambios estructurales del vínculo familiar que conviertan este sistema en facilitador de un crecimiento mutuo.

En esta Fase al Residente se le asignará gradualmente responsabilidades de mayor importancia, por ej., escribiendo en Grupos Terapéuticos, enseñanza de diversas tareas a otros Residentes. Se realizarán asambleas para tratar situaciones de convivencia y espacios de auto-evaluación entre todos los integrantes, bajo la supervisión del Equipo Terapéutico.

### **6° Fase: Pre-Egreso**

En esta fase se realizarán primordialmente actividades diversas tendientes a la prevención de recaídas. Serán los propios Residentes quienes establezcan sus límites, a partir de un sistema de autodisciplina.

Se tenderá a propiciar la derivación de los Residentes a CRD ubicados en Colonias Penales y en Institutos Abiertos, o en su defecto a Programas del tipo de la Metodología Pedagógica Socializadora ubicados en un mismo tipo de establecimiento.

El Equipo Terapéutico procurará articular las actividades con Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales especializadas en el tratamiento para personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y con trayectoria reconocida para facilitar que el Residente tenga un apoyo al egreso.

Según información provista por la Supervisora de los CRD, se trabaja según franjas horarias. Se intenta alcanzar un punto medio donde la persona pueda asistir a talleres de capacitación laboral porque necesita de los ingresos, pero sin alterar el tratamiento iniciado. En el Complejo Penitenciario de Salta los residentes realizan actividades laborales y aquellos que trabajan para el penal, reciben un sueldo con los aportes previsionales correspondientes. Las mujeres trabajan en actividades de “fajina” y los hombres, en las huertas, en artesanías que luego venden entre ellos o a las visitas.

### **Actividades terapéuticas**

El RU establece que todos los CRD se manejarán con una base común en cuanto a las actividades terapéuticas que se consideran básicas para el modelo de abordaje, aún cuando tomen visos característicos, acordes a la población que atienden, la normativa y los usos propios de la Unidad donde se encuentren.

Las actividades que se consideran esenciales y que serán de participación obligatoria para los internos que se incorporen al CRD, son:

1. Terapia Individual semanal o quincenal
2. Técnicas Grupales:
  - a. Grupo de Apertura y de Cierre

- b. Grupo de Sentimientos
  - c. Grupo de Convivencia
  - d. Grupo Temático
  - e. Grupo Aquí y Ahora
3. Trabajo
  4. Formación Profesional
  5. Talleres de Laborterapia
  6. Educación Formal
  7. Educación Física
  8. Actividades Recreativas-Lúdicas-Artísticas
  9. Herramientas de la Terapia del Contexto:
    - a. Confrontación
    - b. Enseñanzas
    - c. Llamado a la honestidad
    - d. Seminarios
    - e. Auto-reflexión
    - f. Asignación de Responsabilidades
    - g. Parte de Estado de Ánimo
    - h. Empeños

### Asistencia postpenitenciaria y post-egreso del CRD

Los objetivos a cumplir en la fase postpenitenciaria son:

- ◆ Mantener los logros alcanzados en las sucesivas fases.
- ◆ Desarrollar la capacidad de verbalizar en forma grupal e interpersonal con los pares y con el Equipo Terapéutico las inquietudes y temores que puedan surgir en relación con la terminación del tratamiento.
- ◆ Incorporar y sostener pautas de autocontrol.
- ◆ Lograr la verbalización de las diferencias o la puesta de límites sin necesidad de recurrir ni al uso de la violencia ni a las herramientas del sistema.
- ◆ Elevar el umbral de tolerancia a la frustración en relación a la problemáti-

ca que el marco familiar y/o social del medio exterior le pueda presentar.

- ◆ Incorporar la capacidad de solicitar asistencia ante problemáticas diversas que se le presenten, así como el reconocimiento de la existencia de la red social de OG y ONG existentes como recurso disponible.

La Ley 24.660, correspondiente a los Patronatos de Liberados, promueve la prestación de asistencia a los egresados del sistema penitenciario. De esta manera, a los egresados y liberados se les brindará protección y asistencia social, moral y material postpenitenciaria. Se tomarán en cuenta diferentes aspectos tales como la obtención de trabajo, provisión de vestimenta adecuada y de recursos suficientes, si no los tuviere, para afrontar la crisis del egreso y de pasaje para trasladarse a su lugar de residencia.

En el RU se informa que al residente que salga en libertad se lo derivará a tratamiento en el medio libre, para facilitar la reinserción social e intentar no retomar el consumo de sustancias. La intención es conectarlos con el organismo encargado de su supervisión en el caso de libertad condicional o asistida y de prestarle asistencia y protección en todas las demás formas de egreso.

La supervisora de los CRD responde que no es objetivo del CRD hacer un seguimiento cuando la persona queda en libertad. El organismo que realiza esta supervisión es la Dirección Nacional de Readaptación Social que depende de la Subsecretaría de Gestión Penitenciaria, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. De todas formas, al egresar se informa al residente sobre lugares para continuar con los tratamientos ambulatorios, teléfonos de narcóticos anónimos; se les dan todos los datos que se requiera porque consideran que cuantas más personas busquen tratamientos en el medio libre más fácil será lograr la rehabilitación. Rescata que sería de gran importancia concretar un convenio con SEDRONAR para que al momento del egreso el residente cuente con lugares / organizaciones donde poder continuar el tratamiento y evitar recaídas.

En el caso de que la terminación del tratamiento en el CRD no coincida con las últimas fases de la progresividad, se derivará al residente a un alojamiento acorde a su fase de progresividad y conducta. Puede ser a pabellones específicos creados para alojar a egresados de este tipo de tratamiento o a programas del tipo de la Metodología Pedagógica Socializadora. En ambos casos, se procurará realizar un seguimiento por parte de personal capacitado del SPF.

## ■ 6.4. Necesidades de los CRD y Conclusiones finales

Las principales necesidades detectadas en los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes, con sede en las unidades del Servicio Penitenciario Federal, se las observa en tres grandes áreas: Recursos Humanos, Capacitación y Egreso.

Sobre la necesidad de incorporación de **recursos humanos** al CRD, se informa que se requiere mayor cantidad de Operadores socioterapéuticos con la intención de aplicar un tratamiento más personalizado a los residentes.

En algunas unidades solicitan tener un Psicólogo con exclusividad para el

CRD ya que actualmente lo comparten con todo el complejo.

En uno de los Centros se informa que existe un solo médico para todo el Complejo Penitenciario. Si bien hay médicos de distintas especialidades, no trabajan todos los días y solo un profesional por especialidad. La atención de la salud de los internos se provee con los servicios médicos que existen en cada unidad penitenciaria. Ante casos de mayor complejidad, los internos son derivados a hospitales zonales.

En el informe de la ONUDD se explicita que los servicios de salud dentro del SPF presentan serias dificultades debido a:

- ◆ El gran tamaño de algunas de las prisiones permite alojar a una gran cantidad de internos lo cual afecta la mejor atención de la salud;
- ◆ Alta demanda de servicios de salud por parte de la población penitenciaria;
- ◆ Carencia de equipamiento, personal y medicamentos / insumos;
- ◆ Dificultades para la retención de los profesionales de la salud debido a los bajos salarios y en general, al personal que cumple funciones en las diversas áreas de los complejos penitenciarios;
- ◆ Escaso vínculo con el sistema de salud de la zona.

El último Informe anual del SPF sobre la gestión sanitaria –extraído del sitio web- corresponde al período 2009-2010. Allí se informa que las cuatro metas perseguidas son:

1. mejorar el sistema sanitario en cárceles,
2. equiparar la atención sanitaria a la que se presta en el medio libre;
3. que las políticas públicas en materia sanitaria sean dictadas por el Ministerio de Salud de la Nación y,
4. la modificación de las prácticas carcelarias que incluyan a los internos como usuarios del sistema.

Se informa que en julio de 2008 se firma el Convenio Marco de Asistencia y Cooperación entre los ministerios de Justicia y Salud: *“Justicia con Salud y Salud para Incluir”*. Asimismo, en el informe de la ONUDD se resalta que no es función de la administración penitenciaria establecer políticas en salud; por lo tanto, la firma del convenio permite incorporar las políticas sanitarias dictadas por el Ministerio de Salud en los establecimientos del SPF.

Sobre la necesidad de **capacitación** al personal que trabaja en los CRD informan que si bien todas las personas fueron capacitadas por la Subsecretaría de Política Criminal del Ministerio de Justicia antes de ingresar al centro, hoy se necesita actualizar conocimientos que se basen, fundamentalmente, en la problemática actual del consumo de sustancias psicoactivas tomando en cuenta los cambios sociales ocurridos en la última década y en el nuevo perfil del adicto. Mencionan que las personas *“hoy llegan a la cárcel y al tratamiento más destruidos, principalmente por el consumo de paco”*.

La propuesta de capacitar sobre la problemática del consumo de drogas alcanza a los operadores quienes se inician como celadores y luego se desempeñan en la atención terapéutica a los residentes. Mencionan que ellos van obteniendo conocimiento a partir de las experiencias diarias; se capacitan entre sí y según las situaciones que van viviendo. En relación a los profesionales, fundamentalmente solicitan su actualización para un mejor y efectivo abordaje.

La situación que se presenta con motivo del **egreso** de los residentes que han finalizado su condena es crítica para todos los directivos de los CRD entrevistados, a excepción del centro que funciona en el penal de Salta que al tener solo un año de funcionamiento, no se ha producido ningún egreso hasta la fecha. Según el Reglamento Único de funcionamiento de los CRD, no es parte de la función del personal del centro hacer un seguimiento de los residentes que egresan; de todas formas, entienden como necesidad conocer organismos gubernamentales o no gubernamentales que atiendan a personas afectadas por el consumo problemático de sustancias psicoactivas para poder derivarlas y así, evitar posibles recaídas. Debido al vínculo que se genera con el residente, los profesionales de los centros quieren brindarle información para que se sientan contenidos en el medio libre.

Nuevamente, esta situación es más crítica cuando los internos están alojados en unidades penitenciarias del interior del país y su lugar de residencia es en provincia de Buenos Aires al tener mayor desconocimiento de organismos para su derivación, situación favorecida por la distancia. Cuando las personas que alcanzan la libertad residen en la zona donde estuvieron detenidos, asistentes sociales realizan un seguimiento y los mismos son informados de organizaciones donde poder continuar su tratamiento.

Si bien los Jefes de los CRD informan que los **recursos materiales** con que cuentan son suficientes para realizar el trabajo, en uno de los CRD se presenta la necesidad de ampliar los cupos de atención, incorporando otro pabellón destinado a la atención y tratamiento de internos con consumo problemático de drogas. Esta situación se presenta fundamentalmente en un complejo penitenciario que atiende una población total de 490 internos y el CRD tiene una capacidad para atender a no más de 14 personas. Informan que la propuesta está en evaluación.

Como parte de la modalidad de tratamiento, una profesional entrevistada informa que se realizaban semanalmente almuerzos terapéuticos con la participación de los miembros del CRD, residentes y ocasionalmente, familiares de los últimos. Debido a la falta de recursos, los profesionales cubrieron los costos de algunos encuentros y esto implica que no se realizan con la misma frecuencia.

Uno de los Jefes de CRD comenta que la SIGEN (Sindicatura General de la Nación) les cuestiona el no tener la habilitación de SEDRONAR para funcionar como Centro de Tratamiento. Este aspecto legal debería ser considerado por todos los CRD actualmente en funcionamiento.

# Bibliografía

- ◆ BELLATI, C. “Inimputabilidad provocada por el agente. La doctrina de la Actio Libera in Causa. Estados de embriaguez”, Julio 2000. <http://noticias.juridicas.com/articulos/65-Derecho%20Procesal%20Penal/200007-inim.html>
- ◆ DIRECCIÓN NACIONAL DE READAPTACIÓN SOCIAL (2012). Programa de Inclusión Social del Liberado y su Familia. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires.
- ◆ GAYOL, S. y KESSLER, G. (2002) “Violencias, Delitos y Justicias en la Argentina”, Universidad Nacional de General Sarmiento. Bs.As.
- ◆ GOLDSTEIN, PAUL (1995): “The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework”. <http://www.drugpolicy.org/docUploads/nexus.pdf>
- ◆ ILANUD (2008). Informe y Recomendaciones surgidas de la misión del INANUD al Servicio Penitenciario Federal de la República Argentina, realizada del 20 al 25 de octubre de 2008. Costa Rica.
- ◆ JIMENEZ ROJAS, F (2007) “El consumo de drogas en la población privada de libertad mayor de edad indiciada y sentenciada, recluida en los centros penitenciarios de América y la relación con la comisión de sus delitos: Propuesta metodológica para su estudio”. Comisión interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD). Organización de los Estados Americanos (OEA). Costa Rica.
- ◆ KESSLER, G. (2006) “Sociología del delito amateur”. Paidós. Bs.As.
- ◆ Ley N° 23.737 (1989). Ley de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes.
- ◆ Ley 24.660 (1996). Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad.
- ◆ ROMI, J. C. “El trastorno mental transitorio: implicancias jurídicas y médico-legales”, Octubre 1999. <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/Romi.htm>
- ◆ SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas (2012) “Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en adolescentes judicializados, Argentina 2011”. Bs.As.
- ◆ SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas (2010). Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad, 2009. SEDRONAR, Presidencia de la Nación. Buenos Aires.
- ◆ SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas (2007) “El uso indebido de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos”. Bs.As.

- ◆ SEDRONAR - Observatorio Argentino de Drogas (2006) “Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas, 2010”. Bs.As.
- ◆ Servicio Penitenciario Federal Argentino. Boletín Público Normativo (2012). Reglamento Único de funcionamiento de los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes, Año 19 N° 451/Exp-SO4:0042886/2011, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires.
- ◆ Servicio Penitenciario Federal Argentino (2010). Informe Anual de Gestión Sanitaria 2009-2010. Buenos Aires.
- ◆ Servicio Penitenciario Federal Argentino. Boletín Público Normativo (1995). Programa de asistencia a aplicarse en los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes. Resolución 1691/95/Exp N° 40.443/95 D.N. Dirección General de Régimen Correccional, SPF. Buenos Aires.
- ◆ UNODC (2008). “Evaluación y Recomendaciones para el perfeccionamiento de los programas de prevención y atención al uso de drogas y del VIH que se implementan actualmente en los establecimientos del Servicio Penitenciario Federal”. Informe de la Misión de la ONUDD. Viena.





Secretaría de Programación para la  
Prevención de la Drogadicción y la  
Lucha contra el Narcotráfico  
**Presidencia de la Nación**



**OBSERVATORIO**  
ARGENTINO DE DROGAS